

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Sociální péče

Studijní obor: Sociální pracovník

Kód oboru: B 7502R022

Název bakalářské práce:

**PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ U PRACOVNÍKŮ
V DOMOVĚ DŮCHODCŮ**

**PREVENTION OF BURN – OUT SYNDROM OF WORKERS
IN RETIREMENT HOME**

Autor:

Jiří Vencel

Jeřmanická 496

463 12 Liberec 25

Podpis autora: _____

Vedoucí práce: PhDr. Dana Švingalová, Ph.D.

stran	obrázků	tabulek	grafů	zdrojů	příloh
60	0	3	8	25	3 + 1 CD

CD obsahuje **celé** znění bakalářské práce.

V Liberci dne:29.11.2006

TU v Liberci, Fakulta pedagogická

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení studenta: Jiří Vencel
Adresa: Josefův Důl 297, 468 44 Josefův Důl u Jablonce nad Nisou

Bakalářský studijní program: Sociální péče
Studijní obor: Sociální pracovník

Název bakalářské práce: Prevence syndromu vyhoření u pracovníků v domově důchodců

Název BP v angličtině: Prevention of Burnt – out Syndrom of Workers in Retirement Home

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Dana Švingalová, Ph.D.

Termín odevzdání: 30. 04. 2006

V Liberci dne 28. 01. 2005


vedoucí bakalářské práce


děkan FP TUL


vedoucí KSS

Převzal (student): Jiří Vencel

Datum: 28. 01. 2005

Podpis studenta:

Charakteristika práce:

Bakalářská práce se zabývá teoreticky i prakticky prevencí Burnt-out syndromu u pracovníků, kteří jsou v přímé péči s klienty v domově důchodců. Půjde o práci s empirickým charakterem.

Cíl práce:

Cílem práce je analýza způsobů i technik prevence tohoto syndromu a s tím související psychohygienou v pomáhajících profesích.

Předpoklad práce:

Předpokladem práce je teoretická znalost základních příčin Burnt-out syndromu, jeho prevence a zvládání, osobní kontakt s pracovníky v pomáhajících profesích a vlastní profesní zkušenost.

Hlavní použité metody:

Nestandardizovaný dotazník

Základní literatura:

CAPPONI, V., NOVÁK, T. *Sám sobě psychologem*. 1. vyd. 1992. ISBN 80-85424-88-6.

HENNIG, C., KELLER, G. *Antistresový program pro učitele*. 1. vyd. 1995.
ISBN 80-7083-348-8.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 3. vyd. 1999. ISBN 80-7178-318-8.

ŠVINGALOVÁ, D. *Metodické pokyny pro zpracování bakalářských prací*. 1. vyd. 2003.
ISBN 80-7083-704-7.

Prohlášení

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

V Liberci dne:

Podpis:

Rád bych poděkoval vedoucí bakalářské práce PhDr. Daně Švingalové, Ph.D. a Mgr. Radce Paškové za cenné rady a podněty, kterými přispěly k současné podobě této práce.

Poděkování za umožnění realizace praktické části náleží také ředitelce Domova důchodců Liberec – Františkov Bc. Iloně Holkové.

Za podporu a trpělivost v celém studiu děkuji přítelkyni Jitce Buriánkové, dceři Marušce a svým rodičům.

Název BP: Prevence syndromu vyhoření u pracovníků v domově důchodců

Název BP: Prevention of Burn – Out Syndrom of Workers in Retirement Home

Jméno a příjmení autora: Jiří Vencel

Akademický rok odevzdání BP: 2006 / 2007

Vedoucí BP: PhDr. Dana Švingalová, Ph.D.

Resumé

Bakalářská práce se zabývala problematikou prevence Burn – out syndromu u pracovníků, kteří jsou v přímé péči s klienty v domově důchodců a vycházela ze současných moderních přístupů. Jejím cílem byla analýza způsobů i technik prevence Burn – out a s tím související psychohygiena v pomáhajících profesích, cíl byl naplněn a opatření zrealizována v praxi.

Práci tvořily dvě stěžejní oblasti. Jednalo se o část teoretickou, která pomocí zpracování odborných pramenů popisovala všeobecně uznávané pohledy a přístupy k problematice možných příčin vzniku tohoto jevu z hlediska osobnosti člověka a jeho prostředí, a část praktickou, která za pomoci dotazníku zjistila subjektivní pohledy zaměstnanců Domova důchodců Liberec – Františkov na možnosti intervence zaměstnavatele v prevenci Burn – out syndromu.

Výsledky praktické části vyústily v program konkrétních opatření, která byla možná v zařízení zrealizovat.

Za největší přínos práce vzhledem k řešené problematice bylo možné považovat zmapování pohledů pracovníků na možnosti intervence ze strany organizace a reálná opatření ke zkvalitnění prevence Burn – out syndromu v Domově důchodců Liberec - Františkov.

Klíčová slova

Burnout, Burn - out syndrom, syndrom vyhoření, osobnost člověka, prostředí člověka, Standardy kvality sociálních služeb, prevence Burn – out syndromu, uživatelé služeb, pracovníci v domovech důchodců, domovy důchodců, Zákon č. 108 / 2006 Sb., o sociálních službách, specifické příčiny vzniku Burn – out syndromu.

Summary

The presented work has been focused on the prevention of a Burn – out syndrom of workers in a retirement home and was based on today's modern approaches.

The aim of the work was to analyse the methods of prevention of the Burn – out syndrom and connecting psychohygiene of social workers. The aim has been fullfild and the methods have been realized in practice.

The work had two main parts. The theoretical part that described general aspects and approaches towards possible reasons of appearance of the Burn – out syndrom as for human personality and his surroundings. The theoretical part has been supported by available literature resources. The questionnaire that was used in the practical part was focused on opinions of the employees of the retirement home in Liberec – Františkov. They were asked about how can the employer prevent the the Burn – out syndrom.

The results of the practical study have led to specific approaches that could be realized in the retirement home.

The work summarizes the opinions of the employees as for the possibilities of prevention that could be realized by the employer and the specific approaches that help to prevent the Burn – out in the retirement home in Liberec – Františkov. This could be considered as the main result of the work.

OBSAH

OBSAH	8
1 ÚVOD	10
2 TEORETICKÁ ČÁST	12
2.1 Vymezení pojmu Burn – out syndrom.....	12
2.2 Proces a projevy Burn – out syndromu.....	14
2.3 Příčiny vzniku Burn – out syndromu	17
2.3.1 Osobnost člověka	17
2.3.1.1 Individuální psychické příčiny.....	17
2.3.1.2 Individuální fyzické příčiny	20
2.3.2 Prostředí člověka.....	20
2.3.2.1 Institucionální příčiny	20
2.3.2.2 Společenské příčiny	21
2.4 Oblasti v prevenci Burn – out syndromu	22
2.4.1 Pracovní oblast.....	22
2.4.1.1 Standardy kvality sociálních služeb.....	22
2.4.1.2 Organizace	24
2.4.2 Životní postoj	25
2.4.3 Hospodaření s časem	25
2.4.4 Individuální prevence	27
2.4.5 Zdraví v prevenci	29
2.5 Domovy důchodců a uživatelé služeb.....	31
2.5.1 Zákon č. 108 / 2006 Sb., o sociálních službách	31
2.6 Pracovníci v domovech důchodců	32
2.6.1 Specifické příčiny vzniku Burn – out syndromu	33
2.6.2 Prevence Burn – out syndromu u pracovníků.....	35
3 PRAKTICKÁ ČÁST	38
3.1 Cíl praktické části	38
3.2 Popis výběrového vzorku a průběh průzkumu	38
3.3 Použité metody	42
3.3.1 Pilotáž	43
3.4 Stanovení předpokladů	44
3.5 Získaná data a jejich interpretace.....	45

3.6	Shrnutí výsledků praktické části	54
4	ZÁVĚR	55
5	NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ	56
6	SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH ZDROJŮ	58
7	SEZNAM PŘÍLOH	60
	PŘÍLOHY	

1 ÚVOD

V moderním pojetí musí být u každé sociální služby jasné, za jakým účelem a proč existuje – musí být objasněny její filosofie a cíle vedoucí k naplnění vyjádřeného účelu. Není možné uvést do praxe pouze filosofii a účel, nutností je též definovat postupy, procesy a popsat rizika, která vyplývají z poskytování dané sociální služby.

Pracovníci v pomáhajících profesích jsou vystaveni ve zvýšené míře určitým rizikům; k nejzávažnějším z nich patří Burn – out syndrom. Vzhledem ke složitosti těchto rizik je nutné, aby míra i kvalita preventivních opatření byly zaměřeny na pracovníka a jeho pracovní prostředí a souběžně vedly k neutralizaci negativních vlivů, které jsou také součástí práce v pomáhajících profesích.

Častý výskyt Burn – out syndromu dokazuje řada studií a publikací od českých i zahraničních autorů, danou problematiku reflektuje i poměrně rozsáhlá nabídka akreditovaných kurzů, zabývajících se tímto tématem.

Bakalářská práce se zabývá teoreticky i prakticky prevencí Burn – out syndromu u pracovníků, kteří jsou v přímé péči s klienty v domově důchodců.

Cílem práce je analýza problematiky prevence syndromu vyhoření u pracovníků v přímé péči. Jde o rozbor všech důležitých aspektů souvisejících s Burn – out syndromem. Jedná se především o problematiku možných příčin vzniku tohoto jevu z hlediska osobnosti člověka a jeho prostředí. Samostatná kapitola je věnována prevenci Burn – out syndromu, jakož i pracovníkům, kteří pracují v domovech důchodců.

Praktická část mapuje subjektivní pohledy zaměstnanců v přímé péči na možnosti intervence zaměstnavatele v prevenci Burn – out syndromu. Ta u dané profese vychází ze specifických příčin vzniku tohoto jevu. Průzkum praktické části je proveden, se souhlasem ředitelky zařízení, v Domově důchodců Liberec – Františkov.

Text je členěn do dvou velkých oblastí. První část se zabývá teoretickým zpracováním celého problému. Vymezuje obecné pojmy a všeobecně uznávané pohledy a přístupy k danému tématu. Odborná problematika je uváděna v širším spektru názorů. Autor byl veden také snahou poskytnout určitý přehled legislativní problematiky k tématu v období, kdy dobíhala platnost zákona o sociálním zabezpečení a nový zákon o sociálních službách se potýkal s řadou připomínek a absencí prováděcích vyhlášek. Praktická část má empirický charakter, soustředila se na pracovníky v přímé péči v domově důchodců v Libereckém kraji a autor zde využil také vlastní profesní zkušenost.

Bakalářská práce je strukturována do kapitol a podkapitol. Relevantní a méně důležité informace jsou odlišeny různým typem písma.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Vymezení pojmu *Burn – out syndrom*

Anglický výraz *burnout* se začal používat ve druhé polovině 20. století a byl původně používán slangově pro označení alkoholika či narkomana, který se ocitl na samém dně. Pojem *Burn – out syndrom* (dále již jen *BS*) použil poprvé v letech 1974 - 1975 americký psychiatr Herbert J. Freudenberger a sociální psycholožka Christina Maslach a tento výraz přešel do pracovní oblasti, kde se stal vyjádřením rezignace, letargie a vyčerpání v zaměstnání. V odborné literatuře se můžeme setkat také s termínem *burnout effect* a u českých autorů je převážně používán výraz *syndrom vyhoření*.

Nicméně fenomén vyčerpání (ve smyslu vyhoření) musel být znám již v dřívějších dobách, např. s prvopočátky péče o válečné invalidy, kterou lze nalézt v antice. Častější zprávy přicházejí s rozvojem křesťanství, kde mnoho církevních řádů provozovalo humanitární činnost v kostelech, klášterech apod. Například německý mystik Johan Tauler (1300-1361) rozpoznával příznaky jistého vyhoření u svých řádových spolubratrů a pro ně také napsal řadu podnětných kázání. Jeho myšlenky publikoval v knize *V půli cesty* Anselm Grün. I když kniha spíše pojednává o krizi a problémech středního věku, jsou patrné spojitosti s BS.

BS je nejčastěji spojován s lidmi, kteří jsou v každodenním pracovním kontaktu s velkým počtem osob a jejichž profese je na mezilidské komunikaci závislá, jsou to tzv. pomáhající profese. BS může samozřejmě postihnout i pracovníky z jiných profesí a široká veřejnost užívá známý termín *únava z práce*. Avšak znechucení prací nemusí být ještě projevem BS. Odborníci popisují BS jako stav, kdy se původně zajímavá, tvořivá a odpovědná práce stává pro člověka rutinní, nezajímavou, či pracovník nenachází smysl vlastní práce. K jeho hlavním projevům patří deprese, cynismus a lhostejnost ve vztahu k práci, stažení se z pracovního kolektivu, ztráta sebedůvěry, častější nemoci a somatické potíže. Podle Matouška (2003, s. 55) je BS soubor typických příznaků vznikajících u pracovníků pomáhajících profesí v důsledku nezvládnutého pracovního stresu. Vodáčková (2002, s. 174) poukazuje na to, že: Někdy je pojem pracovní vyhoření směřován či propojován s termínem *stres*. Stres a vyhoření však není totéž a není mezi nimi ani fatální příčinná vazba. Stres totiž může, avšak nemusí, vést jedince až k vyhoření. Lidé jsou schopni a často i ochotni pracovat v náročných podmínkách a vysokém stresovém zatížení, jestliže zažívají, že jejich pracovní aktivita má smysl a že je tak satisfakcí podněcována jejich energie a motivace pokračovat.

Nejznámější definice syndromu vyhoření pochází od psychologa Pines, kterou uvádí Hennig (1996, s. 17): Syndrom vyhoření lze popsat jako duševní stav objevující se často u lidí, kteří pracují s jinými lidmi. Tento stav ohlašuje celá řada symptomů: člověk se cítí celkově špatně, je emocionálně, duševně a tělesně unavený. Má pocit bezmoci a beznaděje, nemá chuť do práce ani radost ze života. Vyhoření není většinou důsledkem izolovaných traumatických zážitků, nýbrž se objevuje jako plíživé psychické vyčerpání.

World Health Organization (Světová zdravotnická organizace) zařadila BS ve své International Classification of Diseases (Mezinárodní klasifikaci nemocí) do kategorie - Z73 Problems related to life-management difficulty (Problémy související s pracovními obtížemi Z73).

Jako samostatná jednotka je veden pod označením:

- Z73.0 Syndrom vyhoření (burn-out).

Další položky v kategorii:

- Z73.1 Zdůraznění osobnostních rysů
- Z73.2 Nedostatek relaxace a odpočinku
- Z73.3 Stres neklasifikovaný jinde
- Z73.4 Nepřiměřené sociální dovednosti neklasifikované jinde
- Z73.5 Konflikt sociálních rolí neklasifikovaný jinde

2.2 Proces a projevy Burn – out syndromu

➤ Proces Burn – out syndromu

Proces, jehož vyvrcholením je BS, probíhá v několika fázích. BS není osamoceným jevem, ale je do určité míry konečným stadiem dynamického procesu. Některé fáze BS mohou být na člověku výrazně patrné, jiné mohou být jen naznačené a nevýrazné. Celý proces může mít i povahu lineárního stupňování příznaků, či se může vyvíjet v cyklech, kdy dotyčný dojde k jistému řešení problému, které způsobují jeho těžkosti, a poté se opět propadá do obranné pasivity.

Počet fází, které psychologové v procesu burnout vyčlenili, je různý – od nejjednoduššího čtyřfázového pojetí až po nejčlenitější model, který popisuje dvanáct po sobě následujících fází či stádií.

Pro záměr této práce jsou uvedeny fáze BS podle Hennig (1996, s. 17):

- **nadšení:** vysoké ideály, vysoká angažovanost;
- **stagnace:** ideály se nedaří realizovat, mění se jejich zaměření; požadavky klientů a jejich rodinných příslušníků začínají pomalu obtěžovat;
- **frustrace:** pracovník vnímá klienty negativně; pracoviště pro něj představuje velké zklamání;
- **apatie:** mezi pracovníkem a klienty vládne nepřátelství; pracovník dělá jen to nejnutnější, vyhýbá se rozhovorům a jakýmkoli aktivitám;
- **burn – out syndrom:** je dosaženo stadia úplného vyčerpání;

Pro úplnost jsou uvedeny nejjednodušší fáze procesu BS podle Christiny Maslach, jak je uvádí Křivohlavý (1998, s. 61):

- Idealistické nadšení a přetěžování.
- Emocionální a fyzické vyčerpání.
- Dehumanizace druhých lidí jako obrany před vyhořením.
- Terminální stadium: stavění se proti všem a proti všemu a objevení se syndromu burnout v celé jeho pestrosti („sesypání se“ a vyhoření všech zdrojů energie).

Syndrom vyhoření může vzniknout poměrně rychle od doby nástupu pracovníků do zaměstnání; u disponovaných jedinců vystavených nepříznivým podmínkám již za několik týdnů až měsíců. U některých osob jeho vznik předchází období vysokého pracovního

nasazení, během něhož se pracovník snaží dosáhnout nejlepšího představitelného výsledku, tj. snaží se práci vykonávat co nejkompetentněji. (Matoušek, 2003, s. 56)

Kopřiva (1997, s. 101) přirovnává průběh BS vývoji mnoha manželství, kdy na počátku obou partnerů je zamilování a velká očekávání a dotyční si ani nepřipouštějí možné problémy a starosti. Realita společného života přináší nečekané neshody, zklamání a následné vystřízlivění. Poukazuje ale také na to, že právě ono počáteční nadšení není chybou a po zákonitém zklamání z nedosaženého výsledku přichází uvědomění a právě tento počáteční neúspěch může v člověku probudit a najít síly, které jej motivují do další práce.

Dýchám, vnímám, mohu se hýbat. To není špatné pro začátek. Tak zůstanu s tím pocitem. Uvidíme, jestli za chvíli nepřijde chuť vstát a jít dál. (tamtéž)

➤ **Projevy Burn – out syndromu**

BS se projevuje v oblasti:

- **Psychické (zejména v oblasti emocionální a kognitivní):** podrážděností, únavou, napětím, strachem, zlostí, agresí, depresí, zhoršením myšlení, poklesem koncentrace pozornosti, negativním postojem k sobě i práci, únikem do fantazie, zapomínáním, pocitem nedostatku uznání, zhoršenou koordinací všech kognitivních funkcí.
- **Somatické:** poruchami spánku, chuti k jídlu, ve svých důsledcích se může podílet na vzniku a udržování některých psychických a psychosomatických onemocnění a oslabovat funkci imunitního systému.
- **Sociálních vztahů:** typické projevy BS, z hlediska sociální práce jako profese, jak uvádí Matoušek (2003, s. 56), vypadají následovně:
 - neangažovaný vztah ke klientům, snaha vyhýbat se intenzivním a delším kontaktům s nimi, příp. konflikty s nimi; klient se v očích pracovníka mění v „případ“, nebo dokonce jen v „příznak“;
 - lpění na standardních a zavedených postupech, ztráta citlivosti pro potřeby klientů, ztráta schopnosti tvořivě přistupovat k práci;
 - práci je věnováno nutné minimum energie, pracovník se výrazně víc než v práci angažuje v mimopracovních aktivitách;
 - preference administrativních činností a činností směřujících ven z vlastní instituce před činnostmi, jež vyžadují kontakt s klienty;
 - důraz na pracovní pozici, na služební postup, na formální pravomoci, na mzdu, na jiné výhody plynoucí ze zaměstnání;
 - v úvahách o činnosti služby, příp. i o budoucnosti klientů převládá skepse;

- časté pracovní neschopnosti, žádosti o neplacené volno, někdy i těhotenství;
- omezování komunikace s kolegy, někdy i konflikty s nimi;
- pocity depersonalizace, vyčerpání;
- v ojedinělých případech i zneužívání klientů.

Z burnout se vylučují případy, kdy některý z výše uvedených příznaků je způsoben psychiatrickým onemocněním, nedostatečnou kvalifikací pro danou práci (nekompetentností) nebo do zaměstnání promítnutými rodinnými problémy. Nepatří sem ani únava z monotónní práce, neboť ta není spojována s pocity neschopnosti. (Křivohlavý, 1998, s. 51)

2.3 Příčiny vzniku *Burn – out* syndromu

K rozvoji BS specificky přispívají dvě základní složky, přičemž není možné aby vznik a konečné stadium BS zapříčinila pouze jedna z nich:

- **osobnost člověka**
 - individuální psychické příčiny
 - individuální fyzické příčiny
- **prostředí člověka**
 - institucionální příčiny
 - společenské příčiny

2.3.1 Osobnost člověka

Cílem této kapitoly je popsat některá základní psychologická hlediska osobnosti ve vztahu k příčinám vzniku BS.

Osobnost je specificky lidské dynamické uspořádání duševního života, je to bio – psycho – sociální jednotka (interakce psychických, somatických a sociálních jevů), syntéza všeho původního (zděděného, vrozeného) a získaného (osvojeného během individuálního vývoje, zejména v průběhu socializačního procesu). Její podstatnou charakteristikou je typičnost, jedinečnost pro daného jednotlivce, projevující se chováním, jednáním a sebeuvědoměním.

Jedná se o organizovaný celek, v němž jsou jednotlivé části vzájemně spjaté a ovlivňují se. Struktura osobnosti je relativně stálá, avšak otevřená vůči formativním vlivům. (Švingalová, 2002, s. 9)

2.3.1.1 Individuální psychické příčiny

Hennig (1996, s. 23) poukazuje, že z psychologického hlediska rozlišujeme osobnosti s **re-aktivním**, nebo **pro-aktivním** životním postojem ke stresu:

Osobnosti se základním **re-aktivním** postojem jsou podstatně náchylnější ke stresu a jsou pro ně charakteristické určité způsoby jejich chování:

- cítí se pasivně vystavováni událostem ve svém životě;
- opakovaně používají samy sebe jako bezmocné oběti;
- svoji vlastní odpovědnost přenášejí na druhé osoby či instituce.

Osobnosti s **pro-aktivním** postojem se vyznačují tím, že:

- aktivně utvářejí svůj život;
- orientují se spíše na přítomnost a budoucnost než na minulost;

- přejímají odpovědnost samy za sebe;
- k problémům přistupují angažovaně, chápou je jako výzvu k jejich vlastním schopnostem, pokoušejí se je ovlivnit, popř. vyřešit.

Člověk nereaguje pouze na vnější podněty, ale může sám sebe stimulovat, což jej pak činí méně závislým na okolí, takže jeho chování již nelze předpovídat na základě vlivů vnějšího okolí. Tato stimulace se nazývá **myšlení**. Tento nejvyšší poznávací proces završuje celý proces poznávání a člověk se jím dostává do hlubší podstaty dění a věcí kolem sebe.

Takzvané *neuropeptidy* a *receptory* v našem těle fungují jako biochemické informační molekuly. Neuropeptidy se nacházejí nejen v mozku, endokrinním a imunitním systému, nýbrž v celém lidském těle. Tvoří biochemický základ (tzv. přenašeče) pocitů a představují jednotu duše a těla. Umělé oddělení psychiky a těla není podle těchto a dalších vědeckých poznatků dlouhodobě udržitelné. Emoce (pocity) jsou totiž vždy reakcemi celého těla. Nálady a postoje, které vycházejí z duševní oblasti, jsou emocemi převáděny do fyzické oblasti a naopak. (Hennig, 1996, s. 25)

Pakliže máme myšlenky a postoj k naší práci negativní, můžeme velmi zjednodušeně říci, že to může na náš organizmus mít neblahý vliv v souvislosti s BS. Nemůžeme samozřejmě ovlivňovat životní události kolem nás, ale rozhodně můžeme zacházet s vlastními myšlenkami, které se týkají okolního dění.

Další příčinou vzniku BS může být **ztráta smyslu vykonávané práce**. Vykonáváme-li práci o které nejsme přesvědčeni, že má smysl, musíme na splnění pracovních povinností vynaložit mnohem více energie. Práci začínáme dělat stereotypně, na výsledku nám moc nezáleží (ono to nějak dopadne) a snižujeme naše sebehodnocení. Schmitz vychází z teorie, jak ji uvádí Hennig (1996, s. 26): ... , své jednání a jeho účinky na okolí neustále srovnáváme se svým vnitřním standardem a principy (například s představou dobrého učitele). Jedná se tedy o určitý způsob sebehodnocení, který uplatňujeme zejména v okamžicích neúspěchu. Při něm dochází k diskrepanci (rozporu, nepoměru, nesouladu) mezi vlastní představou o sobě samém a realitou, tedy tím, jak se skutečně chováme.

Počátkem 60. let byla ve Spojených státech popsána **typologie osobnosti A a B**. Podle ní lze na základě charakterových rysů a chování člověka předvídat možná onemocnění kardiovaskulárního systému.

Osobnost typu A je charakterizována silnými pohnutkami, soutěživostí, vysokými cíli, přemírou činností, pocitem, že vše musí stihnout, nechutí k sebereflexi a sebekontrolé. Je zaměřen spíše na kvantitu než na kvalitu. Tomuto typu hrozí podle autorů funkční srdeční poruchy, infarkt i v mladém věku. Jedná se o typ „stresovaný“, který je pod neustálým vnitřním tlakem. Vyznačuje se hlasitou, výbušnou, rychlou mluvou, živelnými odpověďmi, připraveností k agresivitě, rivalitou vůči ostatním lidem. (Švingalová, 2002, s. 65)

Duševní i fyzické příznaky syndromu vyhoření přehlízejí a potlačují, tzn. ignorují výstražnou červenou na semaforu. (Hennig, 1996, s. 28)

Kopřiva (1997, s. 101) uvádí tři různé cesty, které vedou k rozvoji BS:

- **Ztráta ideálů**
- **Workaholismus**
- **Teror příležitostí**

O ztrátě ideálů, která přichází po počátečním nadšení se zmiňuje mnoho autorů. Na workaholismus a teror příležitostí je možné nahlížet jako na „nové“ a velmi zajímavé příčiny možného vzniku BS.

Workaholismus – závislost na náročné a dlouhotrvající práci spojená s neschopností relaxovat. Závislý člověk se neohlíží na nepříznivé následky takové práce, jimiž jsou obvykle psychosomatické poruchy a omezování, případně narušení vztahů soukromých. (Matoušek, 2003, s. 267)

Kopřiva (1997, s. 102) se zmiňuje, že závislost na práci má stejnou povahu jako závislost na alkoholu. Workaholismus neznamena jen to, že někdo hodně pracuje. Jde o nutkavou vnitřní potřebu hodně pracovat.

Teror příležitostí – některým aktivním lidem práce roste pod rukama ne proto, že by tak pomalu ubývala, ale protože s každým úkolem, který přijmou, se jim po čase objeví několik dalších, které představují lákavé příležitosti, jak na výchozí úkol navázat. Byl by hřích šanci nevyužít a velmi láká příležitost uchopit – až na to, že časem se začíná ukazovat, že dostát závazkům ze všech rozpracovaných záležitostí spotřebovává veškerý čas a energii. Neschopnost slevit pak po čase dovede pracovníka také k syndromu vyhoření. Nejde zde o nutkavost workaholika, spíše o nedostatek řádu v životě, o horší kontakt s realitou (chybí odhad, co bude stát kolik času) a někdy též neschopnost odmítnout. (tamtéž)

2.3.1.2 Individuální fyzické příčiny

Jednou z individuálních vlastností organismu je jeho **odolnost k náročným životním situacím** (*dále jen NŽS*).

Odolnost organismu znamená schopnost organismu vyrovnávat se s NŽS bez maladaptivních reakcí a změn chování. (Švingalová, 2002, s.28)

Charakteristika pojmu NŽS ve smyslu autorů Čápa – Dytrycha, jak uvádí Švingalová (2002, s. 28), vypadá následovně: situace, které vyvolávají zvláštní stav, stav konfliktu, frustrace, deprivace a stresu.

Odolnost vůči NŽS závisí na činitelích, jakými jsou např.:

- dosavadní zkušenost s těmito situacemi,
- vrozené vlastnosti organismu (biologické i psychické – např. temperament),
- intelekt,
- výchova,
- současný stav organismu (somatický i psychický) a další. (Švingalová, 2002, s. 29)

2.3.2 Prostředí člověka

BS není jen následek problémů konkrétního člověka, k rozvoji specificky přispívají i pracoviště a v neposlední řadě také celá naše společnost.

- Institucionální příčiny
- Společenské příčiny

2.3.2.1 Institucionální příčiny

Na BS se lze podívat i z pohledu fungování celého *pracovního týmu a organizace*. Týmy a organizace jsou podle Matouška (2003, s. 57) ohroženy BS tehdy, ignorují-li základní rizikové faktory:

- nevěnování pozornosti potřebám personálu;
- noví členové nejsou zaškoleni zkušeným personálem;
- neexistují plány osobního rozvoje pracovníků;
- pracovník nemá příležitost sdělit kompetentní osobě, na jaké potíže při své práci naráží, a poradit se s ní o možnostech řešení;
- soupeřivost na pracovišti;
- rivalita nepřátelených skupin pracovníků (které navíc do svých konfliktů zaplétají i klienty);
- byrokratická kontrola chování personálu, příp. i klientů.

U pracovníka, který nemá prostor pro tvořivost – je považován za pouhé „kolečko ve stroji“ – může jít o dostačující podmínku pro vznik syndromu vyhoření; zejména jde-li o pracovníka s tvořivými ambicemi. Významná je i míra zátěže vyjádřená počtem klientů, s nimiž se pracovník má podle standardů organizace setkat za určité období. (Matoušek, 2003, s. 57)

Další možné příčiny vzniku BS, které do jisté míry mohou ovlivnit organizace:

- přemíra úkolů a úkoly přesahující schopnosti a/nebo kvalifikaci pracovníka;
- dlouhodobý bezprostřední, osobní styk s lidmi;
- neadekvátní finanční ohodnocení;
- dlouhodobé neúspěšné jednání s lidmi;
- nedostatek příležitostí k odpočinku;
- nedostatečné pracovní podmínky (osvětlení, hluk, vnitřní klima, apod.).

2.3.2.2 Společenské příčiny

Dnešní doba klade v mnoha oblastech života stále vyšší fyzické i psychické nároky, a tak stále více lidí trpí tělesným i psychickým napětím, jehož projevem je stres, nervozita, nespavost. Jedná se o problémy v mnoha případech spojené s životním stylem a to především moderní doby a větších měst. Náš organismus je čím dál víc ohrožován nepříznivými vlivy z okolí. Zhoršuje se životní prostředí i kvalita ovzduší, nemáme dostatek pohybu, jíme ve spěchu, málo relaxujeme.

2.4 Oblasti v prevenci Burn – out syndromu

Jako u většiny onemocnění, tak i zde má prvořadý význam *prevence*. Není třeba dodávat, že člověk ve stavu BS je sotva schopen (a ochoten) plnit svůj úkol. Proto je důležité předejít plnému rozvinutí BS. Prevence vždy vychází z možných příčin vzniku daného problému, strategie v předcházení BS je tedy zaměřena na člověka a jeho prostředí.

2.4.1 Pracovní oblast

Pracovníkům, kteří se věnují přímé práci s uživateli služeb, je potřeba věnovat velkou pozornost ze strany zařízení. Primárním vodítkem při zajišťování prevence výskytu BS jsou pro management zařízení **Standardy kvality sociálních služeb MPSV ČR**.

2.4.1.1 Standardy kvality sociálních služeb

➤ Standard 1., kritérium 1.1

Zařízení by mělo mít jasnou definici poslání a cíle organizace s nimiž se pracovník důkladně seznámí.

➤ Standard 9. Personální zajištění služeb

Struktura, počet pracovníků i jejich vzdělávání a dovednosti odpovídají potřebám uživatelů služeb a umožňují naplňování standardů kvality sociální služby. Noví pracovníci jsou zaškoleni.

Nároky na personál by měly být posuzovány na základě:

- kapacity zařízení;
- potřeb cílové skupiny uživatelů a specifických potřeb jednotlivých uživatelů;
- existence systému zácviku nových pracovníků.

➤ Standard 10. Pracovní podmínky a řízení poskytování služeb

Vedení zařízení zajišťuje pracovníkům podmínky pro výkon kvalitní práce, stanoví a zpřístupňuje pravidla pro jejich práci.

Pro to, aby pracovník mohl odvádět profesionální výkony, musí být ze strany zaměstnavatele stanoveny:

- přesná a srozumitelná definice profesní role pracovníka a jeho náplně práce;
- struktura organizace;
- systém odměňování;
- důležité je, aby zařízení mělo jasnou politiku odměňování - hodnocení pracovních

pozic, kdy a za jakých podmínek se platy navyšují, kdy a za jakých podmínek mohou zaměstnanci získat ten či onen bonus. Tato politika musí být často a zřetelně prezentována lidem v zařízení. Je důležité, aby systém obsahoval srovnatelné platy za obdobně náročnou činnost a pohyblivou složku, která bude záviset na osobním výkonu. Se zaměstnanci je však nutné o tomto systému otevřeně mluvit a přesvědčit je o jeho výhodách.

- pracovní podmínky musí odpovídat platným obecně závazným normám a vnitřním směrnici organizace.

➤ **Standard 11. Profesní rozvoj pracovníků a pracovních týmů**

Zařízení zajišťuje profesní rozvoj pracovních týmů a jednotlivých pracovníků, jejich dovedností a schopností potřebných pro splnění veřejných závazků zařízení i osobních cílů uživatelů služeb.

- existence programů osobního rozvoje pracovníka;
- podpora vzdělávání pracovníků ze strany organizace;
- systém obousměrné komunikace mezi pracovníkem a vedením zařízení;
- průběžná *supervize*;

Kvalifikovaný dohled nad průběhem programu nebo projektu zaměřený na kvalitu činnosti pracovníků (profesionálů či dobrovolníků). Podle většiny teoretiků má supervize přinejmenším tři funkce: vzdělávací, podpůrnou a řídicí. Někdy se k uvedeným třem funkcím přidává ještě čtvrtá: zprostředkování při řešení konfliktů. Slučitelnost všech funkcí je závislá na institučním kontextu. Nejzřetelnější napětí je mezi funkcí řídicí a podpůrnou, a to zejména tehdy, je-li supervizor nadřízeným supervidovaného pracovníka. Funkční supervize brání tomu, aby personál brzy „vyhořel“, aby sklouzl do slepě rutinního výkonu profesní role, do necitlivosti vůči potřebám klientů i do ignorování kolegů nebo do vážných konfliktů s nimi. Supervize může a má zvyšovat odpovědnost „všech vůči všem“, přičemž pojem „všichni“ lze rozšířit z klientů a z personálu instituce i na rodiny klientů a na komunitu, jíž organizace poskytující sociální služby slouží. Supervize se používá při výuce sociálních pracovníků i při sledování pracovníků v rámci organizace. (Matoušek, 2003, s. 231)

2.4.1.2 Organizace

Podle Matouška (2003, s. 58) spočívá prevence BS ze strany organizace mimo jiné i v:

- organizování programů, při nichž se klienti dostanou do jiného prostředí (např. pobytů v přírodě) a personál při nich může objevit jejich skryté charakteristiky;
- omezení administrativní zátěže spojené s prací s klienty;
- omezení pracovního úvazku;
- kombinaci přímé práce s klienty s jinými činnostmi, jež nezahrnují přímou práci s klienty;
- organizování případových konferencí v jedné instituci nebo s účastí pracovníků několika spolupracujících institucí;

Doba strávená na jedné pracovní pozici podle Maroon, jak uvádí Matoušek (2003, s. 57), v jednom zaměstnání také pozitivně koreluje s intenzitou syndromu burnout (nikoli věk pracovníka).

Pozornost managementu zařízení by se měla také zaměřit na pracovní týmy, které se v zařízení nacházejí. Vznik a rozvoj každého pracovního týmu se podle Hewson, jak uvádí Vodáčková (2002, s. 178), vyznačuje třemi vývojovými fázemi, které na sebe navazují. Ke kompetenci organizace patří akceptace nebezpečí vzniku BS. Dobře fungující management pracoviště věnuje pozornost fázi, v níž se pracovní tým právě nachází a pracuje s ním tak, aby celý proces směřoval k vývoji týmu a profesionalitě.

Fáze vzniku a rozvoje pracovního týmu:

Forming – vyznačuje se vizí, entuziasmem, vysokou motivací a obětavostí, výskytem nejasností a překrývání rolí, neformálními vztahy a vzájemnou zastupitelností členů týmu. Tato fáze obvykle trvá jeden až dva roky. Jestliže se tato fáze prodlužuje, znamená to téměř vždy destrukci a rozpad týmu. V klimatu tzv. toxické sladkosti není možné otevřeně sdílet své nároky a nespokojenosti a tolerovaným způsobem odchodu z týmu bývá onemocnění nebo těhotenství.

Storming – vynořují se až dosud potlačované a tabuizované emoce a pocity nespokojenosti. Objevují se koalice, rivalita, prožitky nespravedlnosti, přetížení, únavy, zklamání, pochybnosti, skepse, zlosti apod. Je-li tato fáze dobře ošetřena, tým spěje ke strukturaci a vyjasnění kompetencí, rovnováze práv a povinností, k akceptaci práva pečovat o své potřeby, k možnosti čerpat dovolenou a odpočinek, k čistění negativních emocí.

Norming – fáze fungující zralosti, vyprofilované profesionality, otevřené a konstruktivní

komunikace.

Další pozornost by se podle většiny autorů popisujících prevenci vzniku BS měla věnovat vztahu nadřízených k podřízeným. Například Křivohlavý (1998, s. 104) uvádí:

- kontakt mezi nadřízeným a podřízeným by měl být pravidelný a ne jen při problémech;
- nadřízený by měl sdělovat podřízeným, oč mu opravdu jde a nepřístupovat k nim s určitým podezřením;
- má se pokusit vzájemné vztahy v týmu sladit (harmonizovat);
- seznamovat podřízené i s dlouhodobými záměry, plány a cíli;
- měl by být zastáncem etických hodnot společnosti a sám se jimi řídit;
- dávat zřetelně najevo, že si váží práce podřízených.

2.4.2 Životní postoj

Jak již bylo v úvodu uvedeno, do BS je vždy vpletena otázka po smyslu vlastní práce a životní postoj jedince. Náš životní postoj, který se odráží v našem jednání, neovlivňují jen vnější faktory, můžeme jej ovlivňovat i sami. Člověk nereaguje pouze na podněty z venku, může také stimulovat sám sebe, což jej pak činí méně závislým na jeho bezprostředním okolí. Takovými vlastními stimuly jsou i pozitivní myšlenky, s jejichž pomocí může člověk sám sebe vést žádoucím směrem. Podle Hennig (1996, s. 62), bychom měli objevit **sílu pozitivního myšlení**, která ovšem nemá nic společného s módním trendem, který hlásá „být na tom dobře“ vždy a všude, „být v pohodě“ za každých okolností, potlačovat a zapírat problémy a obtíže související se životem.

Z nepřehledné řady studií případů lidí, kteří psychicky vyhořeli, se ukazuje, že otázka uspokojení či neuspokojení tzv. základní existenční potřeby - **smysluplnosti bytí** – je jedním z hlavních faktorů jak při vzniku, tak při zvládání jevu burnout. (Křivohlavý, 1998, s. 75) Podle Křivohlavého (tamtéž) je potřeba nalézt a pocítit smysluplnost své činnosti i celé své existence, která je dána zaměřením k určité cílové hodnotě motivující nás k aktivitě. Bez motivace, účelnosti a směřování k cíli se pro nás stává činnost nesmyslnou a podporuje pocity prázdnoty, negativismu a beznaděje.

2.4.3 Hospodaření s časem

Organizaci času a hospodaření s ním se věnuje většina autorů jako prioritní prevenci BS. Nedostatek času je jedním z nejvýraznějších emocionálních stresorů současného člověka. V podstatě je zcela lhostejné, zda jde o reálný nedostatek času nebo jenom subjektivní pocit

časové tísně, ke kterému došlo z důvodů špatně uspořádaného režimu.

Nejideálnější je stav, kdy člověk nepocítuje subjektivně nedostatek času a ani objektivně nemá důvod ho pociťovat. V současné době je však téměř nemožné tento faktor odstranit a je tedy nutné uspořádat si životní režim tak, aby časové ztráty bylo možno alespoň částečně likvidovat. Správným denním režimem je možné celý proces prevence BS pozitivně ovlivnit.

Psycholog Míček (1984, s. 67) uspořádal hlavní faktory pro hospodaření s časem do deseti bodů:

- Zvýšení pořádku a koncentrace. Nejlepší způsob šetření času je činnost při plné koncentraci na činnost. Je to čas, v němž plně žijeme.
- Zcela střízlivě odhadovat své časové možnosti a nepřibírat nesplnitelné úkoly či povinnosti.
- V reálném plánu počítat vždy s časovou rezervou pro nepředvídatelné situace a nezapomínat na možné osobní indispozice nebo chvíle nutné pro krátkou relaxaci.
- Veškerou činnost si rozdělit podle důležitosti. Podle toho přistupovat k jednotlivým činnostem.
- V kritické situaci vybírat jen ty činnosti, které jsou důležité a na všechno ostatní s klidem rezignovat.
- Omezení časových ztrát je možné. Při důkladné analýze denního časového rozvrhu najde každý dostatek volného času. Stejně tak by každý měl respektovat časový program ostatních.
- Plně využívat nejcennějších úseků dne. Sem si vkládat nejdůležitější činnost.
- Dokonalé využití volných chvil je možné, ale přesto všichni část života neprožijeme plně. Tyto velké časové ztráty jsou poměrně snadno likvidovatelné.
- Tzv. přirozené časové ztráty je možno využít pro jakoukoliv činnost, ať pracovní nebo odpočinkovou. Většina lidí má tendenci přeceňovat význam dlouhých časových úseků a nedoceňuje úseky krátké, jejichž součet často převyšuje trvání dlouhých úseků.
- Využít možností pevného denního režimu a vytvořit si podmíněně reflexní rytmus všech činností. Tento pravidelný rytmus příznivě ovlivňuje organismus. Naopak chaotické a nerytmické změny organismus vyčerpávají.

Vytvoření pevného denního rytmu je nemožné u pracovníků, kteří pracují na směnný provoz – např. pečovatelé, zdravotní sestry – a zde má zaměstnavatel velkou možnost vytvořit takové pracovní podmínky, které by do jisté míry eliminovaly problémy vzniklé směnovou prací.

Řada prací prokázala, že noční práce má nižší produktivitu. V noci se zvyšuje chybovost,

dochází k nepřesnostem z únavy. 20 – 50 % osob s noční prací trpí poruchami spánku či má určité zažívací potíže. Člověk se adaptuje na noční práce velice rozdílně. Adaptace na noční práci (12 h práce a 24 h odpočinek) trvala 2 – 14 dní. Existují tzv. flexibilní, přizpůsobiví jedinci, na druhé straně se objevují jedinci tzv. rigidní, nepřizpůsobiví. U některých osob se při noční práci objevují závažné zdravotní poruchy vedoucí k jejich přearování do denního provozu. (Havlíčková, 1991, s. 154)

2.4.4 Individuální prevence

Profesionální péče o klienty vede zákonitě k velkému stupni tělesné i duševní únavy. Vzniká zvýšené svalové napětí a zároveň vysoká psychická tenze. Vzniklé napětí přetrvává, i když situace, která k němu vedla, již pominula. Všechny typy tenzí (napětí), které vznikly na základě nejrůznějších činností, mají tendenci se hromadit pokud nejsou včas relaxovány.

Hlavní příčinou stresu a syndromu vyhoření bývá neschopnost relaxovat, odpočívat. (Hennig, 1996, s. 87)

Vysoká psychická nebo emocionální tenze má přímý odraz v tenzi svalového systému, která je pocíťována jako únava. Někdy se přímo hovoří o tzv. nervosvalové hypertenzi – ta je charakterizována vysokou dráždivostí a neúměrnou nervovou aktivitou.

Pohoda patří vždy mezi kladné činitele. Lidé, kteří se nedají snadno a rychle vyvést z míry ani složitými situacemi, mívají zpravidla vyšší tělesný i duševní výkon. Vesměs jde právě o jedince, kteří dovedou rychle relaxovat a tím brání sumaci následků zátěžových situací. Nutnost uvolnění od velkých psychických tenzí pocíťuje každý člověk, metody relaxací však nejdou použít obecně.

Vzhledem k tomu, že vysoká psychická tenze je vždy spojena s tenzí svalovou, je nejjednodušší použít zpětné vazby tohoto známého efektu: cestou relaxace kosterního svalstva je možno výrazně ovlivnit snížení psychické tenze. Na tomto principu pracují všechny druhy autoregulačních cvičení.

➤ Autogenní trénink J. H. Schultze

J. H. Schultz vyšel ze zkušeností při hypnózách, kdy hypnotizované osoby často pocíťují nejrůznější tělesné pocity jako pocit tíže, tepla apod. Postupoval obráceně a snažil se docílit těchto stavů systematickým soustředěním. Tento typ autogenního tréninku je poměrně snadno nacvičitelný.

Jedná se o uvolňovací metodu, která vychází z poznatků o vzájemné souvislosti mezi psychickým napětím, stavem vegetativní nervové soustavy a napětím svalstva. Prostřednictvím svalového uvolnění lze dosáhnout i uvolnění psychického, a tím ovlivnit některé orgánové funkce, které jsou řízeny vegetativní nervovou soustavou. Autogenní trénink má nižší a vyšší stupeň.

Nižší stupeň se skládá z nácviku pocitu tíhy, tepla, vnímání klidného dechu, pravidelného rytmu srdce, tepla v břiše a chladu na čele.

Pro dosažení praktických výsledků (jako je např. odstranění napětí, neklidu, navození spánku a vůbec dosažení celkové duševní pohody a vyrovnanosti) úplně postačuje pravidelné cvičení nižšího stupně, jehož nácvik trvá přibližně 3 měsíce. Cílem není nacvičovat dlouho, ale často (2 -3krát denně stačí po 5 minutách). (Švingalová, 2002, s. 22)

Mimo uvedenou metodu J. H. Schultze existuje celá řada dalších použitelných modifikací.

➤ **Využití sugesce a autosugesce**

Při složitějších formách únavy, při závažných vlivech nakumulovaných emočních stresorů nebo při nutnosti posílit sebevědomí je možné využití i složitějších forem psychologické regenerace. Mezi ně patří především využití *sugesce* a *autosugesce*.

Sugescí rozumíme slovní nebo mimoslovní působení jednoho jedince na druhého, popř. na více osob (*heterosugesce*) či na sebe sama (*autosugesce*). Důsledkem sugestivního působení je bezděčná, automatická reakce. (Švingalová, 2002, s. 21)

Se sugescí těsně souvisí vlastnost osobnosti – tzv. *suggestibilita*, která vyjadřuje míru ovlivnění člověka pomocí sugesce. (Švingalová, 2002, s. 22)

Určitou formu autosugesce používá J. H. Schultz ve svém autogenním tréninku a s autosugescí samozřejmě souvisí i již zmiňované pozitivní myšlení. Jistou formou sugesce či autosugesce jsou i modlitby či neustálé opakování stále stejného slova popř. ustálené věty pro věřící.

Podmínkou pro to, aby slovo mohlo uplatňovat svoji magickou moc, je neustálé opakování stejného slova. Magický účinek se ještě posílí rytmem a rýmem...; ... formulkami důvěry může člověk v sobě vzbudit důvěru. Vemlouváním v uvolněném stavu si člověk může vsugerovat to, co si vemlouvá. A účinky tohoto vemlouvání si lze prakticky ověřit. (Grün, 1997, s. 42)

Autosugescí můžeme zmírnit nebo odstranit rušivý vliv okolního prostředí a také ovlivnit stupeň psychické tenze, jak pozitivně, tak i negativně. Se sugescí či autosugescí se trvale setkáváme v každodenním životě, ale mnohdy neuvědoměle.

➤ **Relaxace**

- **Progresivní uvolňování svalů** – základem této metody, kterou vypracoval lékař Jacobson, je systematická svalová reakce, kde jde o uvolnění vědomě ovládaných svalových skupin. Vnitřní duševní klid má zákonitou odezvu v celkovém uvolnění svalstva a vede k psychickému uvolnění. Tento vztah platí také opačně, tj. celkové psychické uvolnění vede k výrazné relaxaci svalstva. Cvičení je nenáročné a výborně se hodí k odbourávání stresu.
- **Relaxace hudbou** – hudba je přirozený projev lidského společenství. Účinnost hudby při relaxaci závisí na individuální vnímavosti každého jednotlivce. Některé skladby nás uklidňují, některé jsou nám lhostejné a jiné nás až rozrušují či jsou nepříjemné. A právě těchto skutečností lze využít v procesu regenerace.
Hudba má řadu možných aplikací. Jednou z nich je vytvoření zvukové kulisy, např. ve společných prostorách tak lze vytvořit příjemnou a uklidňující atmosféru. Vytvoření hudebního pozadí se využívá při všech typech autoregulačních cvičení.
Význam hudby v regeneraci bychom neměli podceňovat, její významné účinky byly v psychologických regeneračních procesech opakovaně experimentálně prokázány.
- **Meditativní relaxace** - pomocí meditace si může člověk navodit podobné pocity uvolnění jako při progresivním uvolňování svalů nebo autogenním tréninku. (Hennig, 1996, s. 90)

Když člověk o něčem přemýšlí, je aktivní, zapíná svoji vůli, využívá minulé zkušenosti a je obrácen k řešení, které by mělo zajistit optimální budoucnost. Meditace je děj, který zná jen čas „ted’ a nyní“. Schopnost „vypnout minulost i budoucnost“, návrat do světa dětství, je důležitou podmínkou i při relaxaci. Meditující by měl nechat zcela volný průběh myšlenkám, pocitům a pochodům celého organismu, aniž by cokoliv jakkoliv hodnotil. (Capponi, 1992, s. 80)

2.4.5 Zdraví v prevenci

V literatuře nalezneme několik definic pojmu zdraví. Vedle čistě zdravotnických definicí existují i psychologické přístupy k psychickému a duševnímu zdraví, které zdůrazňují kompetenci k překonávání potíží, nalezení smyslu života a životní spokojenost.

World Health Organization (*dále již jen WHO*) v Ottawa Charter for Health Promotion, 1986 (Charta na podporu zdraví, Ottawa 1986) chápe zdraví jako procesuální děj, který zahrnuje tělesné, psychické a sociální aspekty. Zdraví umožňuje jedinci efektivní a přiměřené překonávání obtíží, z čehož vyplývá pozitivní životní pocit a přesvědčení o vlastních silách.

Definice od WHO staví do popředí snahy o podporu zachování zdraví a ne pouze jeho obnovení při různém narušení (například v důsledku nemoci).

➤ **Pohyb jako prevence**

Pravidelný pohyb by neměl chybět v žádném programu, jehož cílem je zvládnání situací, které mohou být příčinou rozvoje BS. Prospěšnost pohybu pro člověka je všeobecně známa:

- pohyb prokazatelně odbourává city, blokády a fyzické napětí podmíněné stresem;
- způsobuje snížení hladiny cholesterolu v krvi;
- posiluje činnost srdce a oběhové soustavy;
- upevňuje pocity pohody a vyrovnanosti;
- zvyšuje odolnost organismu vůči zátěži;
- posiluje imunitní systém;
- Stres můžete odbourávat i provozováním rychlých a silových sportů, které vyžadují hodně energie, jako je tenis, squash, horolezectví apod. Pro fyzické a psychické zdraví jsou však vhodnější tzv. vytrvalostní sporty, které od organismu vyžadují stejnoměrný a rytmický pohyb, například chůze, plavání, jízda na kole, běh na lyžích a veslování. (Hennig, 1996, s. 81)

➤ **Strava jako prevence**

Jídlem neuspokojujeme pouze pocit hladu, ale dodáváme tělu důležité živiny potřebné k udržení optimálního zdraví a výkonnosti. Potrava je tedy vkladem do celkového zdraví, který se nám vrátí i s úroky. Přiměřená, adekvátní výživa se skládá z vyváženého množství základních živin.

Hlavní zásady zdravé výživy:

- základem každé stravy jsou výrobky z obilnin;
- co nejvíce zeleniny a ovoce;
- vhodné druhy a přiměřené množství masa a mléčných výrobků;
- převaha rostlinných tuků.

Stejně důležité jako strava je i prostředí ve kterém se člověk stravuje. Dodržování zákonem dané přestávky na oběd je nutností a v dané přestávce se doporučuje soustředit se pouze na jídlo a nezabývat se pracovními starostmi.

2.5 Domovy důchodců a uživatelé služeb

Podle vyhlášky č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení České republiky (účinnost končí dnem 31.12.2006), jsou domovy důchodců určeny především pro staré občany, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu a kteří pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují komplexní péči, jež jim nemůže být zajištěna členy rodiny ani pečovatelskou službou nebo jinými službami sociální péče, a dále pro staré občany, kteří toto umístění nezbytně potřebují z jiných vážných důvodů. Nemohou však být přijati občané, jejichž zdravotní stav vyžaduje léčení a ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení.

2.5.1 Zákon č. 108 / 2006 Sb., o sociálních službách

Stávající názvy pobytových zařízení pro seniory jako jsou domovy důchodců, domovy seniorů apod. budou mít podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2007, jednotné názvy poskytovaných sociálních služeb (nikoliv názvy zařízení).

Na základě § 49 zákona 108/2006 Sb., budou v domovech pro seniory poskytovány pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku. Jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Služba bude obsahovat tyto základní činnosti:

- poskytnutí ubytování;
- poskytnutí stravy;
- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu;
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu;
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;
- sociálně terapeutické činnosti;
- aktivizační činnosti;
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

2.6 Pracovníci v domovech důchodců

V praxi se pracovníci v sociálních službách – v domovech důchodců, rekrutují ze všech možných příbuzných profesí a není výjimkou, že v této oblasti pracují laici a dobrovolníci. Současná právní legislativa nestanovuje konkrétní požadavky pro pracovníky v přímé péči (mimo zdravotnických pracovníků) a požadavky pro přijetí zaměstnance si každé zařízení stanovuje vnitřní směrnici.

Struktura a názvy pracovních profesí v domovech důchodců nejsou v současné době jednotné, jakožto i pracovní náplň pracovníků se mírně liší v každém zařízení poskytujícím pobytové služby seniorům.

Nový zákon o sociálních službách č. 108 / 2006 ze dne 14. března 2006 určuje již konkrétní předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách.

Okruh pracovníků, kteří vykonávají odbornou činnost v sociálních službách – domovech pro seniory, je stanoven v § 115 zákona č. 108 / 2006:

➤ Sociální pracovníci

Sociální pracovník v zařízeních sociální péče – domovech pro seniory podle § 109 zákona č. 108 / 2006 vykonává:

- sociální šetření;
- zabezpečuje sociální agendy včetně sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče;
- sociálně právní poradenství;
- analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti.

Předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka jsou podle § 110 zákona č. 108 / 2006: způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle tohoto zákona.

➤ Pracovníci v sociálních službách

- **pečovatel/ka**
- **terapeut/ka**
- **osobní asistent/ka**
- **dobrovolník** – dobrovolní pracovníci pečovatelské služby poskytují pečovatelskou službu podle dosavadních právních předpisů i po dni nabytí účinnosti zákona č. 108 / 2006.

Pracovníkem v sociálních službách – domovech pro seniory podle § 116 zákona č. 108 /

2006 je ten, kdo vykonává:

- **přímou obslužnou péčí o osoby v pobytových zařízeních spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb;**
- **pracovní aktivity, volnočasové aktivity, zabezpečuje zájmové a kulturní činnosti a provádí osobní asistenci.**

Podmínkou výkonu činnosti pracovníka v sociálních službách je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle tohoto zákona.

➤ **Zdravotničtí pracovníci**

Nejčastějším povoláním v přímé péči – ze zdravotnických pracovníků – je v domovech pro seniory:

- **zdravotní sestra**
- **fyzioterapeut/ka**
- **ošetřovatel/ka**

Podmínky výkonu činnosti zdravotnických pracovníků podle § 117 zákona č. 108 / 2006 stanoví zvláštní právní předpis – zákon č. 96 / 2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče, ve znění pozdějších předpisů.

2.6.1 Specifické příčiny vzniku Burn – out syndromu

Přestože již byly popsány příčiny vzniku BS v této práci, jednalo se především o obecné příčiny vzniku daného fenoménu. U každého pracovního odvětví, kde se vyskytuje BS, jsou patrná některá specifika, která mohou zapříčinit vznik tohoto jevu. U pracovníků v domovech důchodců mohou rozvinutí procesu BS zapříčinit následující situace:

- **psychický tlak občanů, kteří žádají umístění do domova důchodců** – se zvyšujícím se zastoupením seniorů v naší populaci úměrně stoupá i počet žádostí o umístění do domovů důchodců. Sociální pracovníci, kteří vyřizují žádosti o umístění, jsou pod velkým tlakem občanů a jejich rodinných příslušníků, kteří žádají o přijetí do příslušného zařízení;
- **ponižování a obviňování pracovníků ze strany klientů a rodinných příslušníků** – někteří klienti či rodinní příslušníci klientů domovů důchodců nahlíží na pracovníky

– zejména pečovatele/ky – velmi nadřazeně. Zastávají názor: „Já si vás zde platím“ a požadují splnění úkonů, které sami zvládnou. Je pravda, že na tomto postoji klientů vůči nim mají podíl i sami pracovníci, kteří nejsou schopni si uvědomit a obhájit svoji profesionální roli, v každém případě je tento jev v domovech důchodců poměrně častý;

- **ponižování klientů ze strany pracovníků** – bylo by neobjektivní neuvést i jev opačný předešlému případu, se kterým se setkáváme v běžné praxi bohužel také dosti často;
- **neprojevení uznání ze strany klientů;**
- **stáří a nemoc** – při práci se starými, chudými, osamělými a postiženými lidmi vůbec hodně záleží na životní filozofii pomáhajícího. Pro toho, kdo vidí smysl života v práci pro společnost, se může zdát působení v domově důchodců jako málo produktivní - vždyť ti lidé už lidstvu nemohou mnoho přinést, a tak jako tak zde nebudou dlouho. (Kopřiva, 1997, s. 22);

Emocionálně je (zdravotní sestry – pozn. autora) např. vyčerpávalo to, když musely přicházet do intimního styku s lidskými exkrety (při zvracení, výronu hnisu, pomočování, kálení atp.) Namáhavé bylo i utěšování pacientů, neustálé projevování soucítění (empatie) atp. (Křivohlavý, 1998, s. 24).

- **umírání a smrt** – je neoddělitelná a velmi častá součást práce pracovníka v domově důchodců. Nelze ji obejít, nedá se minout, musí se s ní pracovat; Některé zdravotní sestry se pokusily detailně vyjádřit to, co je v jejich práci psychicky vyčerpávalo tak, že nakonec ztratily prvotní nadšení (elán). W. D. Gentry, S. B. Fosterová a S. Froelingová (McConell, 1982) např. uvádějí, že je nejvíce vyčerpávalo, když poznávaly, že jsou zcela bezmocné, že stojí tvář v tvář smrti a umírání nebo když samy utrpěly šok z bolesti, na kterou se dívaly, ale nebyly s to pacientovi pomoci. (Kopřiva, 1997, s. 24)
- **fyzická náročnost** – přestože jsou využívány moderní kompenzační, manipulační či rehabilitační pomůcky, je fyzická náročnost v přímé péči o klienta nediskutabilní, a když uvážíme fakt, že tuto práci vykonávají zejména ženy, pak se jedná o jednu z podstatných – možných příčin vzniku BS;
- **směnný provoz;**
- **absence patřičného vzdělání.**

2.6.2 Prevence Burn – out syndromu u pracovníků

Problematicke obecné prevence je věnována samostatná kapitola. V této kapitole je věnována pozornost prevenci BS, která vychází ze specifických příčin vzniku BS u pracovníků v domovech důchodců.

➤ Nábor a výběr zaměstnanců

Nábor a výběr zaměstnanců je pro zaměstnavatele jedním z nejdůležitějších momentů procesu řízení lidských zdrojů. I zde je nutné poznamenat, že použití všech osvědčených metod nemůže zcela odstranit riziko, že výběr nebude optimální. Toto riziko nese jak zaměstnanec, tak zaměstnavatel. (Matoušek, 2003, s. 342)

➤ Případová práce

Zaměření na případ, na jedince, je v oblasti sociální práce často uplatňovaným přístupem. Základem případové práce je pochopení jedince, ale také porozumění rodině, komunitě, společnosti, kultuře a znalost těch sociálně-zdravotnických služeb, které nabízejí možnost zbavit se nedůstojných životních podmínek. Teoretickou bází případové práce tvoří vědy o člověku. (Matoušek, 2003, s. 68)

Případová práce se zabývá řešením takových problémů, které klienta spoutávají a omezují optimální využívání jeho vnitřních i vnějších možností. Některé problémy vyplývají z prostředí. Další jsou mezilidské, zejména rodinné. (Matoušek, 2003, s. 69)

Případová práce neodmyslitelně patří do škály preventivních opatření možného vzniku BS. Pracovníkům dává možnost širšího pohledu na klienta a hlubší pochopení jeho nepříznivé životní situace.

➤ Krizová intervence

Krizí se rozumí situace, která způsobuje změnu v navykklém způsobu života a vyvolává stav nerovnováhy, ohrožení a stresu. Nemůže být proto řešena v rámci obvyklého repertoáru vyrovnávacích strategií jedince. Přesahuje jeho adaptační možnosti i zdroje běžných obranných mechanismů. (Matoušek, 2003, s. 120)

Krizová intervence je specializovaná pomoc osobám, které se ocitly v krizi. Nejedná se o individuální psychoterapeutický zásah, ale také o zásah na úrovni rodiny, o sociální intervenci a v nutných případech také o intervenci psychofarmakologickou, příp. spojenou s krátkodobou hospitalizací. (Matoušek, 2003, s. 129)

➤ **Mediace**

Každý z nás máme jiné představy o životě, jiná očekávání, jiné zkušenosti, jiné informace, jiné hodnoty a známe jiné styly řešení konfliktů. Jsme tak vlastně v životě před každým jednáním, vyjednáváním a řešením nejrůznějších sporů „naprogramováni“, aniž o tom víme. Protože je nás mnoho, je i mnoho očekávání, názorů a řešení. Z toho přirozeně vznikají konflikty a ty se stávají neoddělitelnou součástí našeho života. Společným rysem takových konfliktů je to, že přispívají k vytváření napjaté atmosféry. (Matoušek, 2003, s. 135)

Mediace je neformální, strukturovaný proces řešení konfliktů, při kterém mediátor pomáhá stranám identifikovat jejich zájmy a podporuje je v hledání společných řešení, která uspokojí obě strany.

Mediace je vhodným řešením např. u vyhraněnějších pracovních konfliktů mezi pracovníky navzájem či mezi klienty (rodinnými příslušníky) a poskytovateli služeb.

➤ **Skupinová práce**

Skupinová práce je zásadní a nezastupitelnou součástí sociální práce. Skupinová dynamika jako podstatný faktor skupinové práce aktivizuje energii, tvořivost a odvahu ke změně, která musí nastat, aby se zlepšily podmínky klienta (člena skupiny), ať jde o podmínky vnitřní, vnější, nebo obojí.

Sdílení skupinové zkušenosti s dalšími lidmi, kteří mají podobné zájmy nebo cíle, se ukázalo jako velmi užitečné. Pro člověka, který si připadal se svým problémem osamocený nebo přímo vyčleněný ze společnosti „normálních“ lidí, přináší úlevu a posilu zjištění, že není ve své situaci sám, že se také někdo jiný potýká se stejným trápením. (Matoušek, 2003, s. 154)

➤ **Videotréning interakcí**

Videotréning interakcí je považován za krátkodobou a intenzivní formu pomoci, při které je centrálním tématem intervence podpora a rozvoj komunikace, popř. její obnovení, pokud již došlo k jejímu narušení.

Hlavním médiem je videozáznam běžných situací, nejdůležitější částí práce s klientem spočívá pak v rozhovor nad vybranými úseky tohoto záznamu. (Matoušek, 2003, s. 231)

➤ **Supervize**

V předchozím textu je supervize zmiňována v souvislosti se Standardy kvality sociálních služeb. V této kapitole je věnována supervizi také pozornost.

Podle Matouška (2003, s. 363), je nutné k realizaci dobré supervize v organizaci splnění některých podmínek:

- organizace musí být otevřená určitému hledání a pracovníci musejí mít vůli dělat věci jinak;
- vedení organizace i pracovníci musejí mít k supervizorovi důvěru;
- všichni zúčastnění vědí, co od supervize mohou očekávat.

Supervizní program se podle McDermentové, jak uvádí Matoušek (tamtéž), může v organizaci zaměřit na tyto oblasti rozvoje:

- etika a hodnoty, legislativa;
- role – kdo co dělá, očekávání od představitele dané role – jeho potřeby, otázky hranic kompetencí, očekávání od vedení týmu, zpětné vazby, složení týmu a jeho důsledky;
- diskuze o případech, vytváření plánů péče;
- pracovní klima – jaké to je tady pracovat, míra radosti, podpory a spolupráce, přítomnost humoru, zvládání konfliktů;
- postup při stížnostech, komunikace s nadřízeným, s vedením;
- identifikace oblastí stresu a jeho zvládání, prevence syndromu vyhoření;
- rozbor potřeb týmu, předávání vědomostí a dovedností, hledání možných cest rozvoje a příležitosti k učení, perspektivy.

➤ **Balintovské skupiny**

Práce v balintovské skupině (6 – 12 osob) prochází pěti fázemi:

- expozice případu – kdy jeden z účastníků nabídne případ, se kterým potřebuje pomoci;
- otázky – dotazy ostatních účastníků k objektivnějšímu pochopení celé situace;
- fantazie – nápady ostatních účastníků skupiny k danému tématu, předkladatel námětu naslouchá;
- praktické náměty k řešení – reálné náměty řešení ze strany ostatních účastníků skupiny, předkladatel námětu naslouchá;
- vyjádření protagonisty – předkladatel námětu se vyjádří k tomu, co slyšel v předešlých fázích a ocení užitečné náměty.

➤ **Metodické semináře**

V neposlední řadě hraje také významnou úlohu metodika dané organizace. Na základě obecných pravidel by management zařízení měl zpracovat metodické postupy ke standardním i nestandardním situacím, se kterými se pracovníci mohou setkat.

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Cíl praktické části

Cílem praktické části je zjistit pomocí dotazníku subjektivní pohledy pečovatelek a pečovatелů na možnosti intervence zaměstnavatele v prevenci Burn – out syndromu, která vychází ze specifických příčin vzniku Burn – out syndromu u této profese.

Důvodem autorova rozhodnutí zaměřit průzkum na pečovatele a pečovatelky byl ten fakt, že dané profese stojí v poslední řadě ve struktuře každé organizace a současně jsou v každodenním kontaktu s klienty. Z hlediska vzniku BS považuje autor tyto dva faktory za vysoce rizikové.

Většinu preventivních opatření a aktivit, které byly popsány v kapitole 2.6.2. *Prevence Burn – out syndromu u pracovníků*, mají zaměstnanci možnost využívat. Balintovské skupiny jsou jediná forma aktivit, která v daném zařízení neprobíhá. Dále autor z průzkumu vypustil v kapitole 2.6.2. zmiňovaný *nábor a výběr zaměstnanců*, důvodem byl záměr soustředit se především na současné pracovníky, kteří jsou již v zařízení zaměstnáni a nábor a výběr zaměstnanců se jich tudíž přímo nedotýká.

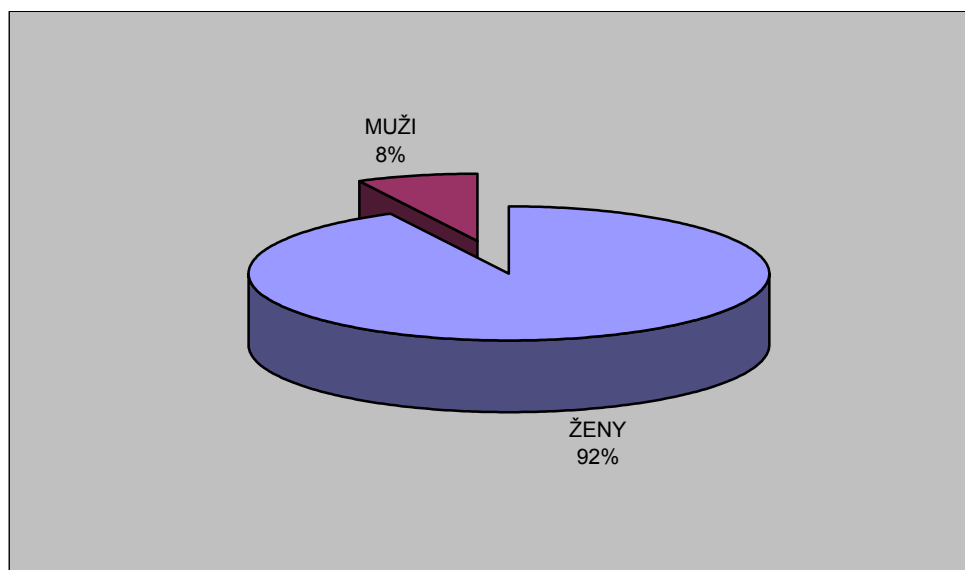
3.2 Popis výběrového vzorku a průběh průzkumu

Průzkum v rámci této bakalářské práce byl prováděn v Domově důchodců Liberec – Františkov (*dále již jen DD*). DD má kapacitu 200 klientů – seniorů a ve funkci pečovatelek/pečovatелů zde pracuje 69 pracovníků ve třísměnném provozu.

Pro co možná největší objektivitu výsledků bylo během tří dnů rozdáno 66 dotazníků (t.č. 3 pracovníci v pracovní neschopnosti). Všichni respondenti byli nejprve informováni o připravovaném průzkumu a poté autorem této práce osloveni osobně, ve výjimečných případech písemně. Sebráno bylo 40 vyplněných dotazníků, 24 nevyplněných dotazníků a 2 dotazníky respondenti nevrátili. 60,6% respondentů tedy využilo možnosti účastnit se daného průzkumu.

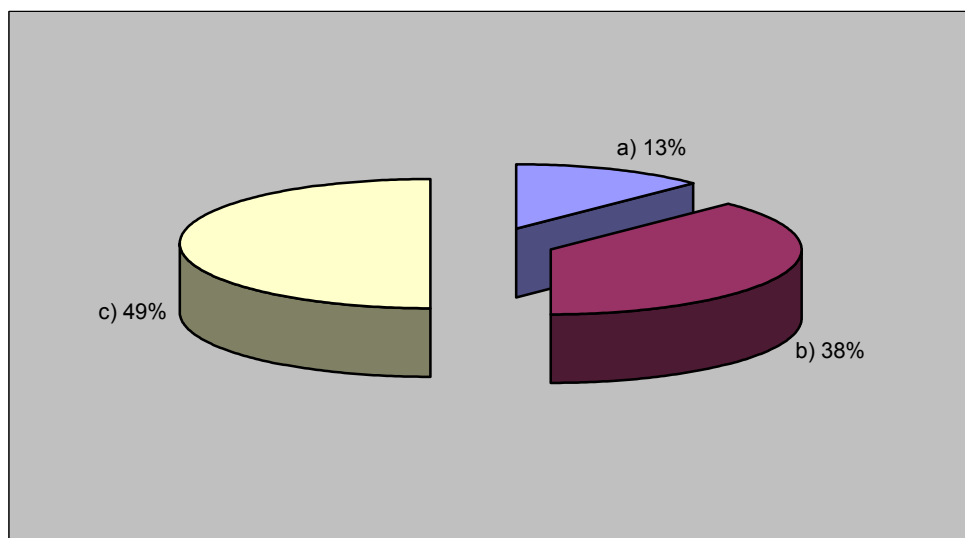
Výběrový vzorek byl složen ze 37 (92%) žen a 3 (8%) mužů (viz. graf č. 1).

Graf č. 1: Rozložení žen a mužů výběrového vzorku



5 (13%) respondentů bylo ve věku 18 – 29 let, 15 (38%) respondentů ve věku 30 – 45 let a 20 (49%) respondentů ve věku 46 – 60 let (viz. graf č. 2)

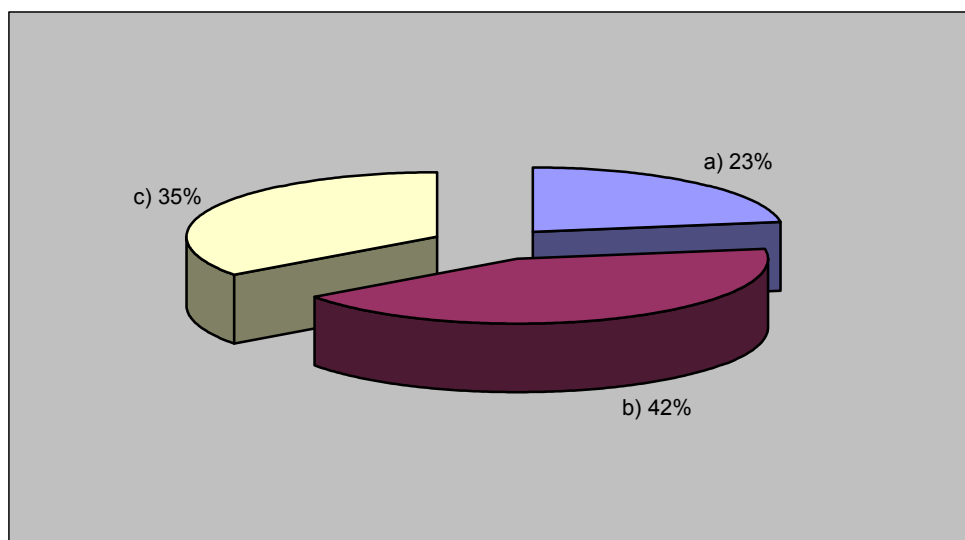
Graf č. 2: Věkové rozložení výběrového vzorku



Legenda: a) 18 – 29 let; b) 30 – 45 let; c) 46 – 60 let

V grafu č. 3 jsou procentuálně zobrazeny odpovědi na otázku „Jak dlouho pracujete v současném zaměstnání?“. 9 (23%) respondentů pracuje v DD necelý rok, 17 (42%) respondentů pracuje v zařízení 1 – 2 roky a 14 (35%) respondentů pracuje v zařízení 3 a více let.

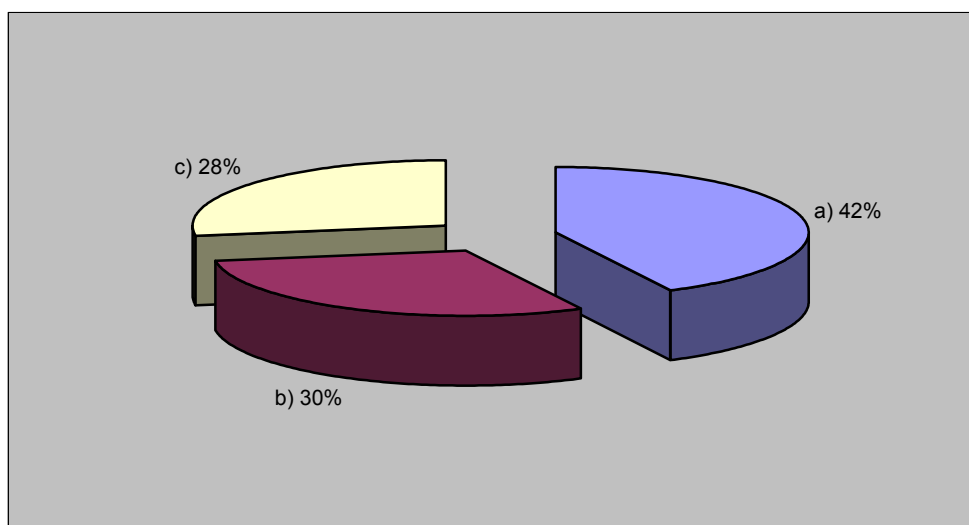
Graf č. 3: Délka pracovního poměru u výběrového vzorku



Legenda: a) do 1 roku; b) 1 – 2 roky; c) 3 a více let

Největší zastoupení – 17 (42%) respondentů, bylo z oddělení pro klienty se sníženou soběstačností – oddělení bez zvýšené péče. 12 (30%) respondentů bylo z oddělení pro klienty zcela závislé na pomoci – oddělení se zvýšenou ošetrovatelskou péčí a z oddělení pro klienty s Alzheimerovou nemocí – oddělení se zvýšenou sociální péčí, tzv. „Vážka“, bylo 11 (28%) respondentů z celkového počtu (viz. graf č. 4).

Graf č. 4: Zastoupení jednotlivých oddělení ve výběrovém vzorku



Legenda: a) oddělení pro klienty se sníženou soběstačností – bez zvýšené péče; b) oddělení pro klienty zcela závislé na pomoci – se zvýšenou ošetrovatelskou péčí; c) oddělení pro klienty s Alzheimerovou nemocí – se zvýšenou sociální péčí tzv. „Vážka“

3.3 Použité metody

Pro zjištění údajů autor práce použil metodu „nestandardizovaný dotazník“ (Příloha č. 1). Používané položky byly zvoleny uzavřené s širokou a dostačující škálou možných odpovědí. Důvodem bylo jednak ucelenější zpracování dat s konkrétními výstupy z průzkumu, ale také autorova znalost zařízení, ve kterém byl průzkum prováděn.

V úvodu autor respondentům sděluje k jakému účelu má dotazník sloužit, jaký je jeho cíl a současně se zavazuje, že zjištěné informace nebudou zneužity. V závěru úvodní části dotazníku autor předem děkuje respondentům za poskytnuté informace.

Přestože v celé práci autor převážně užívá výraz Burn – out syndrom, v dotazníku je z praktických důvodů užíván český výraz – syndrom vyhoření.

Úvodní část se skládá ze čtyř nečíslovaných položek, které mají za cíl zjistit základní informace o respondentech. V prvních dvou položkách jsou zjišťována základní data respondentů. Třetí položka zjišťuje, jak dlouho respondent pracuje v daném zařízení. Varianty jsou v rozmezí jednoho roku, důvodem je, že DD byl otevřen přibližně před 4 roky. Poslední položka úvodní části dotazníku zjišťuje pracoviště respondenta. Celé zařízení se skládá ze 3 budov a jsou zde zřízena oddělení:

- pro klienty se sníženou soběstačností – oddělení bez zvýšené péče
- pro klienty zcela závislé na pomoci – oddělení se zvýšenou ošetrovatelskou péčí
- pro klienty s Alzheimerovou nemocí – oddělení se zvýšenou sociální péčí, tzv. „Vážka“.

Tato položka je poměrně důležitá, jelikož v konečném vyhodnocení bude možné porovnání jednotlivých oddělení.

Stěžejní část dotazníku je tvořena sedmi číslovanými položkami, které ověřují stanovené předpoklady a mají za úkol dosažení vytyčeného cíle. V položce č. 1 je ověřován předpoklad č. 1, který se týká informovanosti respondentů o syndromu vyhoření. V položce č. 2 autor ověřuje předpoklad č. 2. a zjišťuje zájem respondentů o rozsáhlejší informace o syndromu vyhoření. Položka č. 3 zjišťuje, které situace jsou pro respondenta traumatizující. Tato položka je velice důležitá pro navrhovaná opatření v závěru práce, jelikož v současné době nemá management zařízení konkrétní informace o specifických příčinách syndromu vyhoření v této instituci. V položce č. 4 je ověřován předpoklad č. 4, že pracovníci opravdu využívají daných aktivit. Snahou managementu zařízení je, aby traumatizující situace byly řešeny při aktivitách k tomu určených a pod vedením zaškolených odborníků. Položka č. 5 ověřuje předpoklad č. 5, který se týká informovanosti pracovníků o nabízených aktivitách. Aktivitu a)

– e) jsou v zařízení velmi rozšířené, naopak o aktivitách f) a g) neměli pracovníci skoro žádné informace a toto tvrzení autor ověřuje. V položce č. 6 respondent hodnotí kvalitu u všech nabízených aktivit. Na výběr má 5 možných odpovědí. V zařízení převládá tvrzení o poměrně dobré kvalitě daných aktivit. Předpoklad č. 6 tedy ověřuje, zda je spokojenost respondentů u aktivit a) – e) minimálně 75%, naproti tomu, že o aktivitách f) a g) respondenti nevědí. Poslední, 7. položka ověřuje tvrzení pracovníků o časové náročnosti – kvantitě – nabízených aktivit. Danou položku nejde dopředu procentuálně vyjádřit z důvodu absence informací.

Na závěr autor děkuje všem respondentům za spolupráci.

3.3.1 Pilotáž

V průběhu pilotáže byly dotazníky (Příloha č. 2) rozdány 4 budoucím respondentům. Byli požádáni o nezávazné vyplnění dotazníku a jeho subjektivní zhodnocení. Obecně se všichni respondenti vyjádřili k dotazníku pozitivně. Jednalo se především o dané téma, které se dotýká „jejich“ problému. Dalším pozitivním argumentem byla přehlednost a časová nenáročnost metody.

Negativní ohlas byl na položku č. 5, kde se respondenti domnívali, že je možná jejich snadná identifikace na základě označených údajů. Jeden z respondentů vyjádřil názor, že jsou i jiné možné metody prevence syndromu vyhoření, které by mohly být v dotazníku také zohledněny.

Na základě shora uvedených argumentů se autor domníval, že negativní připomínky jsou oprávněné a tudíž byl dotazník částečně pozměněn. V úvodu (oslovení) autor zdůrazňuje respondentům, že se jedná o prevenci BS, která vychází ze specifických příčin tohoto jevu. Položka č. 5 byla upravena tak, že respondenti mají možnost výběru pouze ze 3 oddělení a byly vypuštěny informace týkající se jednotlivých domů.

3.4 Stanovení předpokladů

➤ Předpoklad č. 1

Lze předpokládat, že informovanost ohledně BS je nejčastěji na úrovni částečné informovanosti (ověřováno pomocí dotazníku – položkou č. 1).

➤ Předpoklad č. 2

Lze předpokládat, že alespoň v polovině případů pracovníci uvítají rozsáhlejší informace ohledně BS (ověřováno pomocí dotazníku – položkou č. 2).

➤ Předpoklad č. 3

Lze předpokládat, že situace a) a e) jsou pro pracovníky nejčastěji traumatizující (ověřováno pomocí dotazníku – položkou č. 3).

➤ Předpoklad č. 4

Lze předpokládat, že pracovníci řeší traumatizující situace nejčastěji na společných setkáních (ověřováno pomocí dotazníku – položkou č. 4).

➤ Předpoklad č. 5

Lze předpokládat, že informovanost o aktivitách a) – e) je téměř 100%, naproti tomu u aktivit f) a g) je téměř 0% (ověřováno pomocí dotazníku – položkou č. 5).

➤ Předpoklad č. 6

Lze předpokládat, že spokojenost s aktivitami a) – e) je více než 75%, naproti tomu o aktivitách f) a g) pracovníci ve 100% nevědí (ověřováno pomocí dotazníku – položkou č. 6).

➤ Předpoklad č. 7

Lze předpokládat, že kvantita aktivit je nejčastěji hodnocena jako časově náročná (ověřováno pomocí dotazníku – položkou č. 7).

3.5 Získaná data a jejich interpretace

Z důvodu přehlednosti získaných dat autor nejčastěji využil zpracování výsledků ve formě grafů s procentuálním vyjádřením hodnot. Při interpretaci některých dat bylo použito i zpracování ve formě tabulek. Jednalo se zejména o data získaná z většího množství možných odpovědí. Hlavním záměrem byla autorova snaha o co největší přehlednost.

Položka č. 1: Jak hodnotíte vaši informovanost ohledně syndromu vyhoření (Burn – out syndrom)?

- a) informovanost dobrá*
- b) informovanost částečná*
- c) informovanost žádná*

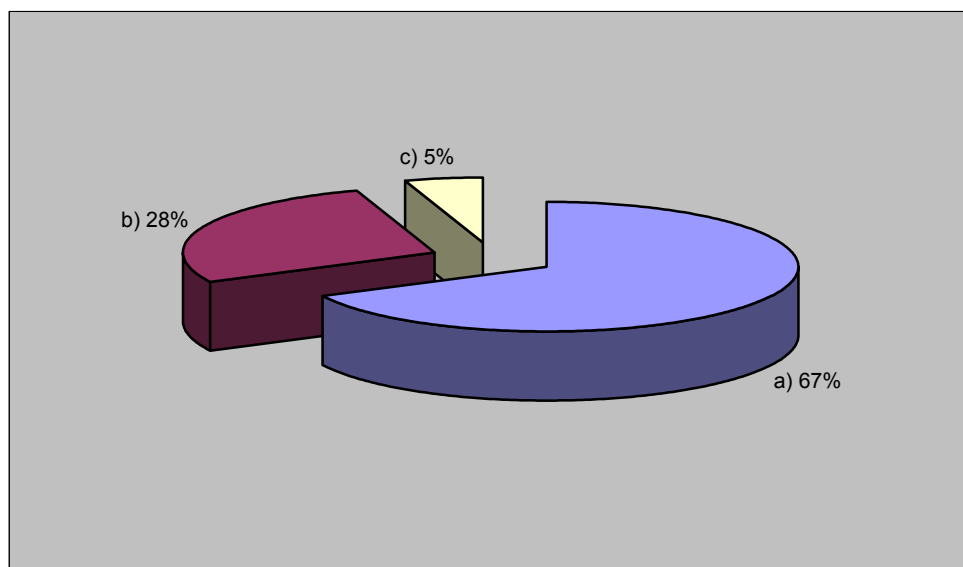
Předpoklad č. 1: Lze předpokládat, že informovanost ohledně BS je nejčastěji na úrovni částečné informovanosti.

Průzkumem bylo zjištěno, že respondenti hodnotili svoji informovanost (viz. graf č. 5) ohledně BS nejčastěji na úrovni dobré informovanosti – 27 (67%) respondentů. 11 (28%) respondentů hodnotilo svoji informovanost o BS jako částečnou a 2 (5%) respondenti jako žádnou.

Na základě získaných dat je možné se domnívat, že pracovníci DD hodnotí svoji informovanost o BS jako dobrou. Předpoklad č. 1 nebyl potvrzen.

Protože dotazník měl za cíl zjišťovat především subjektivní pohledy respondentů, není z odpovědí jasné jaká je skutečná informovanost pracovníků DD o BS. Nicméně je pozitivní, že pracovníci hodnotí kladně svoji informovanost o BS.

Graf č. 5: Hodnocení informovanosti respondentů o BS



Legenda: a) informovanost dobrá; b) informovanost částečná; c) informovanost žádná

Položka č. 2: Uvítal/a byste rozsáhlejší informace o syndromu vyhoření od vašeho zaměstnavatele?

- a) *určitě ano*
- b) *spíše ano*
- c) *spíše ne*
- d) *určitě ne*
- e) *nevím*

Předpoklad č. 2: Lze předpokládat, že pracovníci uvítají rozsáhlejší informace ohledně BS alespoň v polovině případů.

18 (44%) respondentů by určitě uvítalo rozsáhlejší informovanost o BS od svého zaměstnavatele. 16 (40%) respondentů odpovědělo spíše ano. 5 (13%) respondentů odpovědělo spíše ne a 1 respondent by určitě neuvítal rozsáhlejší informovanost o BS. Odpověď „nevím“ nezvolil žádný respondent.

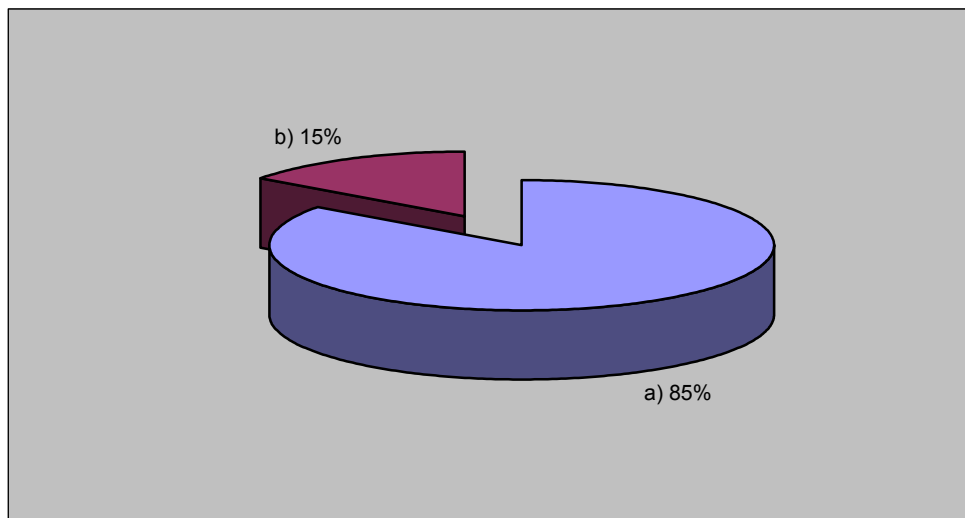
Graf č. 6 znázorňuje procentuální vyjádření odpovědí, přičemž odpovědi určitě ano a spíše ano byly z praktických důvodů sloučeny, jakožto i odpovědi spíše ne a určitě ne.

Z průzkumu vyplývá, že 85% respondentů by uvítalo rozsáhlejší informovanost o BS. Na základě této skutečnosti je možné konstatovat, že by pracovníci DD uvítali rozsáhlejší informace o BS alespoň v polovině případů. Předpoklad č. 2 byl potvrzen.

Přestože respondenti v otázce č. 1 ohodnotili svoji informovanost o BS jako dobrou, přesto by uvítali další prohloubení znalostí o tomto jevu. Tento fakt by měl být pro management DD

jasným impulsem k zahájení diskusí a setkání se zaměstnanci za účelem prohlubování znalostí o BS.

Graf č. 6: Zájem respondentů o informace



Legenda: a) určitě ano a spíše ano; b) spíše ne a určitě ne

Položka č. 3: Jaké situace jsou v současném zaměstnání pro Vás nejvíce traumatizující? (Označte maximálně 3 položky)

- a) ponižování a obviňování pracovníků ze strany klientů a jejich rodinných příslušníků*
- b) ponižování klientů ze strany pracovníků*
- c) neprojevení uznání ze strany klientů*
- d) setkání se stářím a nemocí*
- e) setkání s umíráním a smrtí*
- f) fyzická náročnost práce*
- g) směnný provoz*
- h) absence mého odborného zaškolení pro tuto práci*
- i) jiné.....*

Předpoklad č. 3: Lze předpokládat, že situace a) a e) jsou pro pracovníky nejčastěji traumatizující.

Pro 19 (23%) respondentů byla nejvíce traumatizující situace „ponižování a obviňování pracovníků ze strany klientů a jejich rodinných příslušníků“. 18 (22%) respondentů označilo situaci „setkání s umíráním a smrtí“. Situace „neprojevení uznání ze strany klientů“ a „fyzická náročnost práce“ byly shodně označeny 13 (16%) respondenty. „Setkání se stářím a nemocí“

je pro 8 (10%) respondentů nejvíce traumatizující. „Ponižování klientů ze strany pracovníků“ a „jiné“ situace byly nejvíce traumatizující pro 4 (5%) respondenty. 2 (2%) respondenti se vyjádřili k situaci „směnný provoz“ a 1 (1%) respondent označil za stresující situaci „absence mého odborného zaškolení pro tuto práci“. Souhrnná data z položky č. 3 viz. tabulka č.1.

V odpovědi „jiné“ uvedli respondenti: pomluvy mezi kolegy, nespokojenost profesí, psychická náročnost a málo finančně ohodnoceno.

Pro respondenty z oddělení pro klienty se sníženou soběstačností – bez zvýšené péče byla nejvíce (42%) traumatizující situace „setkání s umíráním a smrtí“. Pro pracovníky z oddělení pro klienty zcela závislé na pomoci – se zvýšenou ošetrovatelskou péčí byla nejvíce (35%) traumatizující situace „ponižování a obviňování pracovníků ze strany klientů a rodinných příslušníků“. Pro pracovníky z oddělení pro klienty s Alzheimerovou nemocí – se zvýšenou sociální péčí, tzv. „Vážka“, je nejvíce (28%) traumatizující situace „fyzická náročnost práce“.

Za nejvíce traumatizující byla respondenty označena situace: „ponižování a obviňování pracovníků ze strany klientů“ a „setkáním s umíráním a smrtí“. Na základě těchto výsledků je možné se domnívat, že dané situace jsou nejvíce traumatizující pro pracovníky DD. Předpoklad č. 3 byl potvrzen.

Označení různých situací u jednotlivých oddělení je velmi zajímavé, ale přesto má své opodstatnění. Klienti, kteří jsou na odděleních bez zvýšené péče, jsou aktivní, většinu svých potřeb si zvládnou zajistit sami. Personál zajišťuje jen ty nejdůležitější úkony. Úmrtnost na těchto odděleních je daleko nižší oproti oddělení se zvýšenou ošetrovatelskou péčí. Setkání se smrtí klienta pak může u pracovníků zanechat trauma. Naproti tomu klienti, kteří jsou zcela závislí na pomoci personálu (oddělení se zvýšenou ošetrovatelskou péčí), nemají jinou možnost, jak dostat svých potřeb, nežli požádat „někoho jiného“ o pomoc. V určitých případech pak mohou pracovníci chápat tyto žádosti jako využívání či ponižování (ve smyslu „přines“, „podej“). Je zcela jednoznačné, že toto vnímání je neprofesionální, ale na druhou stranu je nutné také zdůraznit, že klienti někdy opravdu pracovníky zneužívají.

tabulka č. 1: Souhrnné výsledky z položky č. 3

	A	B	C	CELKEM
a)	6	9 (35%)	4	19 (24%)
b)	2	2	0	4 (5%)
c)	4	6	3	13 (15%)
d)	3	2	3	8 (9%)
e)	11 (42%)	2	5	18 (23%)
f)	3	3	7 (28%)	13 (15%)
g)	0	1	1	2 (3%)
h)	1	0	0	1 (1%)
i)	1	1	2	4 (5%)

Legenda: a) – i): odpovědi z otázky č. 3; A: oddělení pro klienty se sníženou soběstačností – bez zvýšené péče; B: oddělení pro klienty zcela závislé na pomoci – se zvýšenou ošetrovatelskou péčí; C: oddělení pro klienty s Alzheimerovou nemocí – se zvýšenou sociální péčí, tzv. „Vážka“

Položka č. 4: Jak se snažíte Vámi označené situace (viz. položka č. 3) řešit?

- a) *snažím se je řešit sama/sám*
- b) *snažím se je řešit sama/sám, protože v zaměstnání není prostor na řešení těchto situací*
- c) *snažím se je řešit na společných setkáních (kasuistiky, metodiky, supervize, apod.)*
- d) *neřeším je*

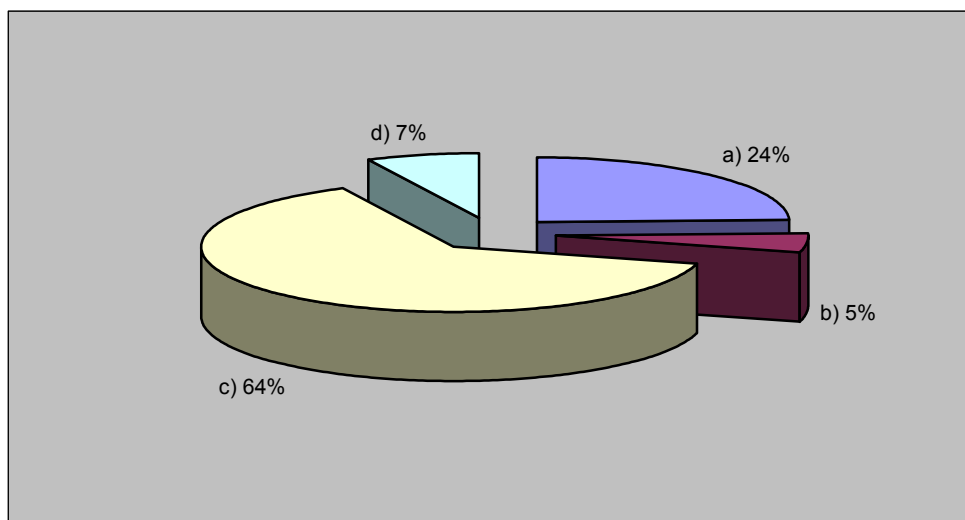
Předpoklad č. 4: Lze předpokládat, že pracovníci řeší traumatizující situace na společných setkáních.

10 (24%) respondentů odpovědělo, že traumatizující situace se snaží řešit sami. 2 (5%) respondenti odpověděli, že situace řeší sami, protože v zaměstnání není prostor pro jejich řešení. 26 (64%) respondentů se snaží řešit traumatizující situace na společných setkáních v DD. 3 (7%) respondenti označené situace neřeší. Souhrnná data z položky č. 4 jsou uvedena v grafu č. 7.

Na základě výše uvedených skutečností je možné se domnívat, že pracovníci DD řeší traumatizující situace na společných setkáních. Předpoklad č. 4 byl potvrzen.

Pro management DD je velmi přínosné, že pracovníci využívají dané aktivity pro řešení problémů. Na druhou stranu není vždy vhodné řešit nesrovnalosti na společných setkáních, proto i „soukromé“ řešení – či neřešení – situací může být pro pracovníka adekvátní reakcí.

Graf č. 7: Řešení situací



Legenda: a) snažím se je řešit sama/sám; b) snažím se je řešit sama/sám, protože v zaměstnání není prostor na řešení těchto situací; c) snažím se je řešit na společných setkáních; d) neřeším je

Položka č. 5: Víte o možnostech využití uvedených aktivit ve vašem zařízení?

Předpoklad č. 5: Lze předpokládat, že informovanost o aktivitách a) – e) je téměř 100%, naproti tomu u aktivit f) a g) je téměř 0%.

O možnostech využití „kasuistických seminářů“, metodických seminářů a skupinových setkání“ vědělo 38 (95%) respondentů, naproti tomu 2 (5%) respondenti o těchto seminářích nevěděli. 35 (88%) respondentů odpovědělo „ano vím“ u aktivity „supervize“ a 5 (12%) odpovědělo „ne nevím“. S možností využívat aktivitu „videotrénink“ bylo seznámeno 27 (67%) respondentů a 13 (33%) respondentů o ní nevědělo. O „krizové intervenci“ vědělo 8 (20%) respondentů a 32 (80%) respondenti o této aktivitě nevěděli. S možností využívat aktivitu „řešení konfliktů pomocí mediace“ bylo seznámeno 7 (17%) respondentů, naproti tomu 33 (83%) respondenti o možnosti využití této aktivity nevěděli. Souhrnná data z položky č. 5 jsou uvedena v tabulce č. 2.

V předpokladu č. 5 byly používány termíny 100% a 0% informovanost. Pro potvrzení (či nepotvrzení) předpokladu č. 5 vzal autor v úvahu 10% odchylku od stanovených hodnot. Na základě průzkumu je možné se domnívat, že přibližně stejná procentuální zastoupení informovanosti či neinformovanosti jsou také u pracovníků DD. Předpoklad č. 5 byl potvrzen u aktivit a), b) a d), u aktivit c), e), f) a g) předpoklad č. 5 potvrzen nebyl. V konečném poměru předpoklad č. 5 nebyl potvrzen.

Procentuální vyjádření u tohoto předpokladu nebylo vhodné. Autor práce měl použít vhodnější formulaci pro předpoklad č. 5 ve smyslu: Lze předpokládat, že největší

informovanost je o aktivitách a) – e), naproti tomu informovanost o aktivitách f) a g) je nejmenší.

tabulka č. 2: Souhrnné výsledky z položky č. 5

		ANO VÍM	NE NEVÍM
a)	kasuistické semináře	38 (95%)	2 (5%)
b)	metodické semináře	38 (95%)	2 (5%)
c)	supervize	35 (88%)	5 (12%)
d)	skupinová setkání	38 (95%)	2 (5%)
e)	videotrénink	27 (67%)	13 (33%)
f)	krizová intervence	8 (20%)	32 (80%)
g)	řešení konfliktů pomocí mediace	7 (17%)	33 (83%)

Položka č. 6: Vyjádřete na 4-bodové škále, jak jste spokojen/a s kvalitou aktivit ve vašem zaměstnání:

4. celkově spokojen/a
3. spíše spokojen/a
2. spíše nespokojen/a
1. zcela nespokojen/a
0. nevím

Předpoklad č. 6: Lze předpokládat, že spokojenost s aktivitami a) – e) je více než 75%, naproti tomu o aktivitách f) a g) pracovníci ve 100% nevědí.

Z důvodu velkého množství získaných dat z položky č. 6 (viz. tabulka č. 3) sloučil autor pro přehlednost, interpretaci a praktické využití v praxi kladné odpovědi (celkově spokojen/a, spíše spokojen/a) do jednotného názvu „spokojen/a“ a záporné odpovědi (spíše nespokojen/a, zcela nespokojen/a) pod termín „nespokojen/a“. Odpověď „nevím“ zůstala nezměněna.

Spokojenost s kvalitou aktivity „kasuistické semináře“ vyjádřili 33 (83%) respondenti, nespokojeni byli 4 (10%) a odpověď „nevím“ zvolili 3 (7%) respondenti. Spokojenost s aktivitou „metodické semináře“ vyjádřili 34 (85%) respondenti, nespokojeni byli 3 (8%) a nevědí také 3 (7%) respondenti. S aktivitou „supervize“ bylo spokojeno 24 (61%) dotázaných, nespokojeni 2 (5%) a 14 (34%) z nich nevědělo, jaká je kvalita supervize. 32 (80%) respondentů bylo spokojeno s aktivitou „skupinová setkání“, 4 (10%) s touto aktivitou nebyli spokojeni a 4 (10%) zvolili odpověď „nevím“. 11 (28%) dotázaných bylo spokojeno s aktivitou „videotrénink“, 4 (10%) respondenti byli nespokojeni a 25 (62%) zvolilo odpověď „nevím“. Spokojenost u aktivity „krizová intervence“ vyjádřilo 5 (13%) respondentů,

nespokojenost 3 (8%) a odpověď „nevím“ zvolili 32 (80%) respondenti. S aktivitou „řešení konfliktů pomocí mediace“ bylo spokojeno 5 (13%) respondentů, nespokojeni byli 3 (8%) a 32 (80%) respondenti nevěděli.

Jako u předchozího předpokladu vzal autor v úvahu 10% toleranci při ověřování předpokladu č. 6. Na základě průzkumu je možné se domnívat, že přibližně stejná procentuální zastoupení informovanosti či neinformovanosti jsou také u pracovníků DD. Předpoklad č. 6 byl potvrzen u aktivit a), b), d). a nebyl potvrzen u aktivit c), e), f) a g). V konečném poměru předpoklad č. 6 nebyl potvrzen.

tabulka č. 3: Souhrnné výsledky z položky č. 6

		4.	3.	2.	1.	0.
a)	kasuistické semináře	21 (53%)	12 (30%)	2 (5%)	2 (5%)	3 (7%)
b)	metodické semináře	28 (70%)	6 (15%)	1 (3%)	2 (5%)	3 (7%)
c)	supervize	19 (48%)	5 (13%)	0 (0%)	2 (5%)	14 (34%)
d)	skupinová setkání	26 (65%)	6 (15%)	2 (5%)	2 (5%)	4 (10%)
e)	videotréning	7 (18%)	4 (10%)	2 (5%)	2 (5%)	25 (62%)
f)	krizová intervence	4 (10%)	1 (3%)	1 (3%)	2 (5%)	32 (80%)
g)	mediace*	4 (10%)	1 (3%)	0 (0%)	0 (0%)	35 (87%)

Legenda: 4. – celkově spokojen/a; 3. – spíše spokojen/a; 2. – spíše nespokojen/a; 1. – zcela nespokojen/a; 0. – nevím; * - řešení konfliktů pomocí mediace

Položka č. 7: nabídku všech aktivit (položka č. 6) dohromady z hlediska kvantity považujete za:

- a) časově velice náročnou, někdy se nedá stihnout účastnit se všeho
- b) časově náročnou, ale dá se stihnout účastnit se všeho
- c) časově přiměřenou
- d) nedostatečnou – aktivity by mohly být častěji
- e) nevím

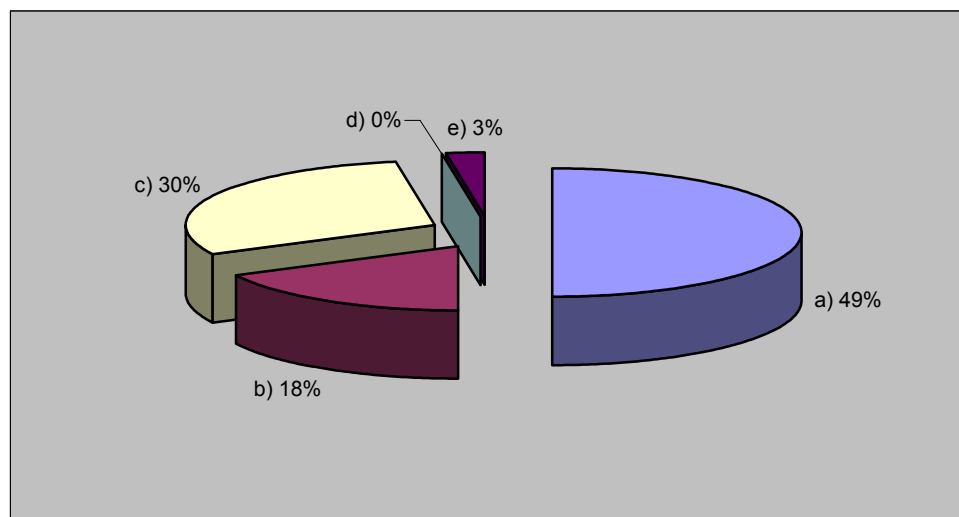
Předpoklad č. 7: Lze předpokládat, že kvantita aktivit je nejčastěji hodnocena jako časově náročná.

20 (49%) respondentů ohodnotilo nabídku všech aktivit jako časově velice náročnou. 7 (18%) respondentů odpovědělo, že aktivity jsou časově náročné. 12 (30%) dotázaných se domnívá, že aktivity jsou časově přiměřené. Žádný respondent se nedomnívá, že aktivity jsou nedostatečné a 1 (3%) respondent odpověděl „nevím“. Souhrnná data z položky č. 7 jsou uvedena v grafu č. 8.

Nejvíce respondentů se domnívá, že nabídka všech aktivit z hlediska kvantity je časově

velice náročná, někdy se nedá stihnout účastnit se všeho. Na základě získaných dat je možné se domnívat, že pracovníci DD hodnotí nabídku aktivit jako časově velice náročnou. Předpoklad č. 7 nebyl potvrzen.

Graf č. 8: Hodnocení kvantity aktivit



Legenda: a) – časově velice náročná; b) - časově náročná; c) – časově přiměřená; d) nedostatečná; e) - neví

3.6 Shrnutí výsledků praktické části

Podle výsledků průzkumu bylo možné konstatovat, že se podařilo dosáhnout stanoveného cíle praktické části. Většina dotázaných pracovníků v přímé péči (60,6%) DD projevila zájem a zúčastnila se anonymního dotazníkového šetření, které mělo za cíl, zjistit jejich subjektivní pohledy na možnosti intervence zaměstnavatele v prevenci BS.

Z odpovědí se zdají být nejzajímavější informace o tom, které situace jsou pro zaměstnance DD nejvíce traumatizující a jak se liší na jednotlivých odděleních. Za povšimnutí stojí také odpovědi, ve kterých respondenti hodnotí svoji informovanost ohledně BS.

Drobné nedostatky, které se týkaly zejména formulace některých předpokladů, neovlivnily kvalitu získaných dat, ale měly negativní vliv na jejich potvrzení. Celkem byly potvrzeny tři stanovené předpoklady a čtyři potvrzeny nebyly.

4 ZÁVĚR

Bakalářská práce si kladla za cíl zmapovat problematiku prevence syndromu vyhoření u pracovníků v přímé péči v domově důchodců. Při zpracování práce bylo použito metod: sběru informací a dat, metody sloužící k získávání údajů (nestandardizovaný dotazník), metody sloužící ke zpracování údajů. Časově nejnáročnější etapou byl sběr informací a dat. Hlavní těžiště však spočívalo ve zpracování informací získaných pomocí nestandardizovaného dotazníku a ve vizualizaci výsledků práce.

V bakalářské práci byly popsány a rozebrány všechny důležité aspekty související s prevencí Burn – out syndromu. Dostatek prostoru byl věnován problematice příčin vzniku Burn – out syndromu z hlediska osobnosti člověka a jeho prostředí. Byly představeny či nastíněny zejména standardní, ale i některé nepříliš rozšířené možnosti prevence Burn – out syndromu. Teoretická část se také podrobně zabývá současnou legislativní problematikou, jako jsou Standardy kvality sociálních služeb, a zákonem č. 108 / 2006 Sb., o sociálních službách.

Výsledkem praktické části je zmapování pohledů pracovníků Domova důchodců Liberec – Františkov na možnosti intervence ze strany organizace. Získaná data z praktické části budou sloužit managementu zařízení ke zkvalitňování prevence Burn – out syndromu a stanou se součástí metodiky zařízení. Výsledky práce bude autor prezentovat formou přednášky pro pracovníky Domova důchodců Liberec – Františkov.

5 NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ

Hlavním východiskem k vytvoření navrhovaných opatření byly odpovědi z průzkumu v DD. Autor se domnívá, že intervence DD v prevenci BS odpovídá obecným pravidlům a názorům, zmiňovaným v teoretické části práce. Jak vyplynulo z průzkumu, je jedním z hlavních nedostatků špatná komplexní informovanost o BS, nedůsledná prezentace a organizace aktivit.

Je ovšem nutné zdůraznit, že prevence BS není pouze úkolem organizace. Jak již bylo v teoretické části zmíněno, aktivní roli, v prevenci BS hraje sám pracovník, proto aktivity organizace mají spíše podpůrnou roli. Nicméně v zájmu každé organizace by mělo být vytvoření dobrého pracovního prostředí.

➤ **Informovanost pracovníků o Burn – out syndromu**

- pro pracovníky DD zajistit periodické přednášky (přibližně jedenkrát ročně), které je komplexně informují o BS, včetně prevence;
- seznámení nově příchozích pracovníků se základními informacemi o BS, včetně prevence;

Autor práce se domnívá, že u pomáhajících profesí je nutné klást stejný důraz na prevenci BS, jaký je kladen na bezpečnost a ochranu zdraví při práci.

➤ **Supervize**

Další navrhované opatření se týká situací, které respondenti označili jako nejvíce traumatizující.

- po poradě se supervizorem cíleně zaměřit některá setkání v rámci supervize na tyto situace;

Nejvíce traumatizující je pro pracovníky DD ponižování a obviňování pracovníků ze strany klientů a jejich rodinných příslušníků. Je na zvážení, zda by supervize měla být směřována na traumatizující situace z obecného pohledu, či pouze na konkrétní situaci, která by se řešila s pracovníky příslušného oddělení.

➤ **Informovanost pracovníků o aktivitách**

Zajistit dostupnou informovanost všem pracovníkům ohledně nabízených aktivit. Není možné, aby zaměstnanci nevěděli o takto důležitých informacích.

- přímí nadřízení pracovníků v přímé péči by měli nově příchozího zaměstnance seznámit s aktivitami nabízenými v DD;
- zajistit umístění seznamu všech aktivit na vhodných místech s obsahem těchto informací: název aktivity, její popis (jaký má cíl, co řeší, apod.), kontaktní osoba (například v případě osobní supervize by se mohl pracovník obrátit přímo na supervizora a nemusel by informace sdělovat třetí osobě), periodika dané aktivity.

➤ **Organizace času**

Z průzkumu vyplynulo, že pracovníci DD vnímají množství aktivit jako časově velice náročné. Jak bylo uvedeno v kapitole 2.4.3. *Hospodaření s časem*, je v podstatě zcela lhostejné, zda jde o reálný nedostatek času nebo jenom subjektivní pocit časové tísně, ke kterému došlo z důvodů špatně uspořádaného režimu. Navrhované opatření se týká organizace času těchto aktivit:

- zjistit skutečné množství aktivit v určitém časovém rozpětí;
- diskuse s pracovníky, v kterých případech, kdy a proč byli v časovém stresu;
- stanovení plánu aktivit na další časový úsek;
 - posoudit reálnou potřebu pořádání konkrétní aktivity v daném časovém úseku;
 - při stanovení plánu aktivit, vycházet ze zásad hospodaření s časem.

6 SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH ZDROJŮ

1. BÖHMIG, U. *Přírodní léčitelství v praxi*. 1. vyd. 1993. ISBN 80-85634-27-9
2. CAPPONI, V., NOVÁK, T. *Sám sobě psychologem*. 1. vyd. 1992. ISBN 80-85424-88-6
3. GRÜN, A. *Jak zacházet s myšlenkami*. 1. vyd. 1997. ISBN 80-7113-190-3
4. GRÜN, A. *V půli cesty*. 1. vyd. 2001. ISBN 80-7192-569-1
5. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. 2000. ISBN 80-7178-303-X
6. HAVLÍČKOVÁ, L. *Fyziologie tělesné zátěže I*. 1. vyd. 1991. ISBN 80-7066-506-8
7. HENNIG, C., KELLER, G. *Antistresový program pro učitele*. 1. vyd. 1996. ISBN 80-7178-093-6
8. JIRKA, Z. *Regenerace a sport*. 1. vyd. 1990. ISBN 80-7033-052-X
9. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 3. vyd. 1999. ISBN 80-7178-318-8
10. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. 1. vyd. 1998. ISBN 80-7169-551-3
11. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. 2004. ISBN 80-247-0784-5
12. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. 2003. ISBN 80-7178-549-0
13. MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. 2005. ISBN 80-7367-002-X
14. MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. 2003. ISBN 80-7178-548-2
15. MÍČEK, L. *Duševní hygiena*. 1. vyd. 1984.
16. ŠVINGALOVÁ, D. *Kapitoly z psychologie I*. 1. vyd. 2002. ISBN 80-7083-613-X
17. ŠVINGALOVÁ, D. *Kapitoly z psychologie II: Psychologie osobnosti*. 1. vyd. 2002. ISBN 80-7083-614-8
18. ŠVINGALOVÁ, D. *Metodické pokyny pro zpracování bakalářských prací*. 1. vyd. 2003. ISBN 80-7083-704-7
19. VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*. 1. vyd. 2002. ISBN 80-7178-696-9
20. World Health Organization. International Classification of Diseases [online]. [cit. 2006-09-16.]. URL: <<http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>>
21. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion [online]. [cit. 2006-09-20.]. URL: <http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2>
22. *Zákon č. 96 / 2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče, ve znění pozdějších předpisů.*
23. *Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení.*

24. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.*

25. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: Průvodce poskytovatele. 1. vyd.*
2002. ISBN 80-86552-45-4

7 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník pro pracovníky (viz – text. str. 42)

Příloha č. 2: Dotazník pro pracovníky – původní verze (viz – text. str. 43)

Příloha č. 3: Souhlas s provedením průzkumu v domově důchodců

Příloha č. 1: Dotazník pro pracovníky

Vážený pane, vážená paní

Jsem studentem Technické univerzity v Liberci na Fakultě pedagogické obor Sociální péče. Tento anonymní dotazník bude součástí méj bakalářské práce, která nese název „Prevence syndromu vyhoření u pracovníků v domově důchodců“. Cílem tohoto dotazníku je zjistit vaše pohledy na možnosti intervence zaměstnavatele v prevenci syndromu vyhoření, která vychází ze specifických příčin vzniku tohoto jevu ve vaší profesi. Chtěl bych Vás ubezpečit, že informace vyplývající z odpovědí budou sloužit pouze pro záměr této práce.

Předem bych Vám chtěl poděkovat za to, že jste věnovali svůj čas a poskytli mi cenné informace, které mi pomohou v bakalářské práci. Vzhledem k tomu, že si vaší profese velmi cením a jsem přesvědčen o její značné náročnosti, chtěl jsem svou prací přispět k obohacení poznání problematiky, která souvisí s vaším povoláním.

Děkuji Jiří Vencel

ZVOLENÉ ODPOVĚDI ZAKROUŽKUJTE

Jste:

- a) žena
- b) muž

Jaký je váš věk?

- a) 18 – 29 let
- b) 30 – 45 let
- c) 46 – 60 let

Jak dlouho pracujete v současném zaměstnání?

- a) do 1. roku
- b) 1 – 2 roky
- c) 3 a více let

Kde pracujete v zařízení?

- a) oddělení bez zvýšené péče
- b) oddělení se zvýšenou ošetrovatelskou péčí
- c) oddělení se zvýšenou sociální péčí – „Vážka“

1. Jak hodnotíte vaši informovanost ohledně syndromu vyhoření (Burn – out syndrom)?

- a) informovanost dobrá
- b) informovanost částečná
- c) informovanost žádná

2. Uvítal/a byste rozsáhlejší informace o syndromu vyhoření od vašeho zaměstnavatele?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne
- e) nevím

3. Jaké situace jsou v současném zaměstnání pro Vás nejvíce traumatizující?

(Označte maximálně 3 položky)

- a) ponižování a obviňování pracovníků ze strany klientů a jejich rodinných příslušníků
- b) ponižování klientů ze strany pracovníků
- c) neprojevení uznání ze strany klientů
- d) setkání se stářím a nemocí
- e) setkání s umíráním a smrtí
- f) fyzická náročnost práce
- g) směnný provoz
- h) absence mého odborného zaškolení pro tuto práci
- i) jiné

4. Jak se snažíte Vámi označené traumatizující situace (viz. položka č. 3) řešit?

- a) snažím se je řešit sama/sám
- b) snažím se je řešit sama/sám, protože v zaměstnání není prostor na řešení těchto situací
- c) snažím se je řešit na společných setkáních (kasuistiky, metodiky, supervize, apod.)
- d) neřeším je

5. Víte o možnostech využití uvedených aktivit ve vašem zařízení?

a)	kasuistické semináře	ano vím	ne nevím
b)	metodické semináře	ano vím	ne nevím
c)	supervize	ano vím	ne nevím
d)	skupinová setkání (porady na patrech, schůzky, apod.)	ano vím	ne nevím
e)	videotrénink	ano vím	ne nevím
f)	krizová intervence	ano vím	ne nevím
g)	řešení konfliktů pomocí mediace	ano vím	ne nevím

6. Vyjádřete na 4-bodové škále, jak jste spokojen/a s kvalitou aktivit ve vašem zaměstnání:

- 4. celkově spokojen/a
- 3. spíše spokojen/a
- 2. spíše nespokojen/a
- 1. zcela nespokojen/a
- 0. nevím

a)	kasuistické semináře	4	3	2	1	0
b)	metodické semináře	4	3	2	1	0
c)	supervize	4	3	2	1	0
d)	skupinová setkání (porady na patrech, schůzky, apod.)	4	3	2	1	0
e)	videotrénink	4	3	2	1	0
f)	krizová intervence	4	3	2	1	0
g)	řešení konfliktů pomocí mediace	4	3	2	1	0

7. Nabídku všech aktivit (položka č. 6) dohromady z hlediska kvantity považujete za:

- a) časově velice náročnou, někdy se nedá stihnout účastnit se všeho
- b) časově náročnou, ale dá se stihnout účastnit se všeho
- c) časově přiměřenou
- d) nedostatečnou - aktivity by mohly být častěji
- e) nevím

Děkuji vám za spolupráci

Příloha č. 2: Dotazník pro pracovníky
(původní verze)

Vážený pane, vážená paní

Jsem studentem Technické univerzity v Liberci na Fakultě pedagogické obor Sociální péče. Tento dotazník bude součástí méj Bakalářské práce, která nese název „Prevence syndromu vyhoření u pracovníků v domově důchodců“. Cílem tohoto dotazníku je zjistit vaše subjektivní pohledy na intervenci zaměstnavatele v prevenci syndromu vyhoření. Chtěl bych Vás ubezpečit, že informace vyplývající z odpovědí budou sloužit pouze pro záměr této práce.

Děkuji Jiří Vencel

ZVOLENÉ ODPOVĚDI ZAKROUŽKUJTE

2. Jste:
 - a) žena
 - b) muž
3. Jaký je váš věk?
 - a) 18 – 29 let
 - b) 30 – 45 let
 - c) 45 – 60 let
4. Jaké důvody Vás vedly k výběru právě tohoto zaměstnání?
 - a) pracovní náplň této práce
 - b) blízkost mého bydliště
 - c) nedostatek jiných pracovních příležitostí
 - d) neměl/a jsem příslušnou praxi pro přijetí do jiného zaměstnání
 - e) jiné
5. Jak dlouho pracujete v současném zaměstnání?
 - a) do 1. roku
 - b) 1 – 2 roky
 - c) 3 a více roků
6. Kde pracujete v zařízení?
 - a) dům Adam
 - b) dům Bára
 - c) dům Cilka
 - I. oddělení se zvýšenou sociální péčí
 - II. oddělení se zvýšenou ošetrovatelskou péčí
 - III. oddělení Vážka
7. Jak hodnotíte vaši informovanost ohledně syndromu vyhoření (Burn – out syndrom)?
 - a) informovanost dobrá
 - b) informovanost částečná
 - c) informovanost žádná

8. Uvítal/a byste rozsáhlejší informace o syndromu vyhoření od vašeho zaměstnavatele?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne
- e) nevím

9. Jaké situace jsou v současném zaměstnání pro Vás nejvíce traumatizující?

(Označte maximálně 3 položky)

- a) ponižování a obviňování pracovníků ze strany klientů a rodinných příslušníků
- b) ponižování klientů ze strany pracovníků
- c) neprojevení uznání ze strany klientů
- d) setkání se stářím a nemocí
- e) setkání s umíráním a smrtí
- f) fyzická náročnost práce
- g) směnný provoz
- h) absence mého odborného zaškolení pro tuto práci
- i) jiné

10. Jak se snažíte Vámi označené traumatizující situace (viz. položka č. 8) řešit?

- a) snažím se je řešit sama/sám
- b) snažím se je řešit sama/sám, protože v zaměstnání není prostor na řešení těchto situací
- c) snažím se je řešit na společných setkáních (kasuistiky, metodiky, supervize, apod.)
- d) neřeším je

11. Víte o možnostech využití uvedených aktivit ve vašem zařízení?

a)	kasuistické semináře	ano vím	ne nevím
b)	metodické semináře	ano vím	ne nevím
c)	supervize	ano vím	ne nevím
d)	skupinová setkání (porady na patrech, schůzky, apod.)	ano vím	ne nevím
e)	videotrénink	ano vím	ne nevím
f)	krizová intervence	ano vím	ne nevím
g)	řešení konfliktů pomocí mediace	ano vím	ne nevím

12. Vyjádřete na 4-bodové škále jak hodnotíte vaši spokojenost s kvalitou u nabízených aktivit ve vašem zaměstnání:

- 5. celkově spokojen/a
- 3. spíše spokojen/a
- 2. spíše nespokojen/a
- 1. zcela nespokojen/a
- 0. nevím

a)	kasuistické semináře	4	3	2	1	0
b)	metodické semináře	4	3	2	1	0
c)	supervize	4	3	2	1	0
d)	skupinová setkání (porady na patrech, schůzky, apod.)	4	3	2	1	0
e)	videotrénink	4	3	2	1	0
f)	krizová intervence	4	3	2	1	0
g)	řešení konfliktů pomocí mediace	4	3	2	1	0

13. Nabídku všech aktivit (položka č. 11) dohromady z hlediska kvantity považujete za:

- a) časově velice náročnou, někdy se nedá stihnout účastnit se všeho
- b) časově náročnou, ale dá se stihnout účastnit se všeho
- c) časově přiměřenou
- d) nedostatečnou - aktivity by mohly být častěji
- e) nevím

Děkuji vám za spolupráci

**Příloha č. 3: Souhlas s provedením
průzkumu v domově důchodců**



Liberecký kraj

Domov důchodců Liberec - Františkov
příspěvková organizace
Domažlická 880/8, Liberec 3

Jiří Vencel
Josefův Důl 297
468 44 okr. Jablonec

20.10.2006

Věc: Souhlas s provedením dotazníkového šetření

Na základě Vaší žádosti Vám tímto uděluji souhlas s provedením dotazníkového šetření u pracovníků v přímé péči – zaměstnanců Domova důchodců Liberec – Františkov, p.o.

Bc. Ilona Holková
ředitelka DD

Domov důchodců Liberec - Františkov,
příspěvková organizace
Domažlická 880/8, Liberec 3, 460 10
IČO: 712 200 54 tel: 482 362 111 (1)

Posláním našeho zařízení je usilovat o vytváření bezpečného, příjemného domácího prostředí pro naše klienty a prostřednictvím profesionálních služeb jim chceme pomáhat důstojně žít.

TELEFON
482 362 111

BANKOVNÍ SPOJENÍ
78 - 6239500207

IČ
712 200 54

FAX
482 362 388

E-MAIL
ddfrantiskov@ddfrantiskov.cz